



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Título: “Los efectos terapéuticos de la musicoterapia en adultos mayores con Alzheimer”

Modalidad: Investigación Bibliográfica

Autora: Stettler Ballhorst, Sol

Legajo: S-5303/5

DNI: 41043683

Docente Responsable: Peirano, Laura

Año: 2023

Agradecimientos

A mi mamá Noelí y a mi papá Juanchi, por confiar siempre en mí, sostenerme y

empujarme siempre a más. Para ellos, que cumplir sueños es más una obligación que un deseo, y que ante las adversidades de la vida siempre me dieron su mano, su hombro, su hogar y su amor. Que me alcance la vida.

A mis amigos que me dio esta facultad. Sin ellos, nada de esto sería posible. Ni siquiera la persona que soy hoy. Por cuidarme, abrazarme, acompañarme en cada paso, y sobre todo en cada caída. Porque sus logros son los míos, y los míos los suyos.

A mi hermana Felicitas, que me prendió tantas velas como fueran necesarias, e incluso después de discutir, su fuego siempre se mantuvo prendido. Por la música que trajo a mi vida siempre, y por enseñarme a ser mejor persona.

A mi abuela, mujer inmensa, que con su rosario en mano y su energía inagotable me jura que siempre voy a poder.

A mi abuelo, que hace 4 años me acompaña en cada paso, a través de una foto que guardo en mi riñonera del lado del corazón.

A mi familia, por creer en mí.

A mis amigas y amigos, que acompañan este vuelo hace rato y brindan conmigo en las buenas y en las malas, abrazando todo lo que soy.

A mis docentes y compañeros, por su enseñanza.

A Laura Peirano y Sebastian Roma, por acompañarme en este último tramo con muchísima dedicación y compromiso.

A la facultad pública, por formarme como persona, como adulta, y como profesional.

A mí, por no bajar los brazos.

1. Resumen	5
2. Introducción	6
3. Metodología	8
4. Desarrollo	9
5. Conclusión	20
6. Referencias	22

El ser humano no parece poder sustraerse a la trascendente expresión musical. Lo acompaña en su alegría, en su tristeza, en sus afectos, en sus festejos, en su vida de relación, en la amistad y en el amor. Condiciona y facilita su capacidad de comunicación. No sabremos qué es, como decía Heine, pero sabemos que nos conmueve, nos hace vibrar y nos estremece.

Osvaldo Fustonini.

Resumen

Esta investigación bibliográfica constituye el Trabajo Integrador Final de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. La problemática que se tratará gira en torno a poder relevar los efectos terapéuticos que la musicoterapia es capaz de producir en los adultos mayores que padecen Alzheimer. La metodología adoptada es un estudio exploratorio que se llevará a cabo a partir de textos académicos que den cuenta de los

efectos que trae consigo dicha terapia, y cómo repercute beneficiosamente en padecientes de la demencia mencionada, pudiendo así tomarla como una alternativa no-farmacológica, no invasiva y no perjudicial, para poder disminuir el sufrimiento psíquico que contrae este padecimiento, incluyendo la depresión, la ansiedad, el estrés. Teniendo en cuenta que la medicalización es un método central en el tratamiento de estas enfermedades, se busca plantear otras herramientas que puedan, además, aumentar los niveles de felicidad y bienestar del sujeto. Se considera que la musicoterapia no es una cura definitiva para el Alzheimer, ya que ésta no existe, pero sí muy benéfica para la salud mental del paciente ya que incrementa la creatividad, aumenta la motivación, es capaz de activar recuerdos relevantes del sujeto, dar calidad de vida, otorgar sentimientos positivos, entre otros.

Palabras clave:

Alzheimer, demencia, musicoterapia, sufrimiento psíquico, salud mental

Introducción

El presente escrito constituye el Trabajo Integrador Final de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Las temáticas elegidas para el mismo son Alzheimer y Musicoterapia. A partir de estos dos grandes campos temáticos, la problemática a

investigar a partir de una revisión bibliográfica es “los efectos terapéuticos de la musicoterapia en adultos mayores con Alzheimer”.

Se entenderá a esta terapia como la plantea la Federación Mundial de Musicoterapia (World Federation for Music Therapy, WFMT, 1996), a saber:

La utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. (p. 5-14)

En relación a la categoría “Alzheimer”, la Organización Mundial de la Salud (2019) define a las demencias como un síndrome que conlleva un deterioro sobre la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para la realización de actividades de la vida diaria, ocasionado por distintas lesiones y enfermedades que afectan al cerebro. En consecuencia, produce discapacidad y dependencia en la persona mayor, y a su vez, puede generar un impacto en los/as cuidadores/as, familiares y en la sociedad de carácter físico, psicológico y económico. Teniendo en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es una de las demencias más comunes, puede definirse como una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, principalmente en la vejez. Asimismo, actualmente está considerada como la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa en los países desarrollados y su prevalencia se incrementa con la edad. Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable (Valls-Pedret, Molinuevo, Rami, 2010).

Las demencias también pueden ser ubicadas, según Pérez Fernández (2013), en el campo de la Salud Mental desde una perspectiva comunitaria, donde el plano biológico ya no es el proceso exclusivo que produce la enfermedad, sino que tiene el mismo grado de eficacia que los procesos psicológicos, familiares, vinculares y de producción de sentido. Planteará que la forma en que se articulen e influencien los mismos, delimitará cómo se exprese el cuadro psicopatológico y su desarrollo, principalmente en los aspectos de calidad de vida y sufrimiento psíquico. Y agrega que, tomando así este síndrome, la demencia nunca afectará a una persona individualmente, sino que siempre impactará en un grupo o colectivo, en función de su historia, cultura, producciones de sentido, etc, que determinarán el curso del proceso psicopatológico.

En “Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer” de D. Barcia-Salorio (2009) se plantea que hay algunos informes que muestran que la música puede ser un instrumento con cierta eficacia en la mejoría de los defectos cognitivos, aunque no hay muchos estudios controlados sobre esta cuestión. Manifiesta que varios estudios han mostrado que la musicoterapia mejora y mantiene la conducta social y las facultades cognitivas de los enfermos de Alzheimer (Clair y Bernstein, 1990; Johnson et al, 1992; Newman y Ward, 1993).

El siguiente trabajo será llevado a cabo a partir de un recorrido por los distintos conceptos que se fueron planteando, como alzheimer, musicoterapia, vejez, adultez mayor, etc. En primer lugar, se conceptualizará y describirá el concepto de Adulto Mayor y cómo este está en constante crecimiento poblacional gracias a la expectativa de vida que es cada vez

mayor. Luego se diferenciará el término de vejez con el de envejecimiento y desarrollará una breve historia de la vejez a lo largo del tiempo, y las diferencias que se pueden encontrar en la cultura oriental y la occidental en lo que respecta al trato con los adultos mayores y cómo se valora, o no, al “viejo”.

En segundo lugar, se tomará uno de los conceptos principales de esta investigación bibliográfica que es el concepto de Alzheimer. Luego de definirlo se resaltarán la importancia de realizar un diagnóstico adecuado, y los cuidados que deben de tenerse al momento de realizarlo, teniendo en cuenta, no solo al paciente, si no a su entorno social y familiar. Luego se desarrollarán sus etapas o fases y por último se expondrán los distintos tipos de tratamientos. Entre estos últimos se encuentra otra de las palabras claves de este escrito que es Musicoterapia: La musicoterapia como alternativa no-farmacológica frente a la enfermedad de Alzheimer. Se desplegarán los diferentes beneficios que presenta esta terapia a la hora de tratar con un adulto mayor que padece dicha demencia.

En último lugar se describirán los efectos terapéuticos que la musicoterapia genera en los enfermos con Alzheimer para luego cerrar con una conclusión.

Objetivos

Objetivos generales:

- Realizar un recorrido bibliográfico por los conceptos de adultos mayores, la vejez, Alzheimer, musicoterapia.

Objetivos específicos

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura existente acerca de los efectos que la musicoterapia tiene sobre los padecimientos en el Alzheimer.
- Dar cuenta del Alzheimer como una problemática social.

Desarrollo

Adultos mayores

Para hablar del concepto de adultez mayor, Rodríguez, Valderrama Orbegoso, Linde y Máximo (2010) plantean que es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece. Esta etapa se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (O.M.S, 2006). Sin embargo, es preciso decir que, aunque en América latina hay acuerdos con relación a la perspectiva del adulto mayor, las concepciones de este varían de acuerdo con la cultura de cada país, el momento histórico, la clase socioeconómica o la raza (Aranibar, 2001).

Teniendo en cuenta de que a nivel mundial la población adulta mayor ha aumentado significativamente gracias al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad (Popolo, 2001), se puede ver, por ejemplo, como en América Latina y el Caribe el promedio

de edad vivida en el 2005 era de 72,4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25% (Conpes, 2004). Se podría decir entonces que, (...) durante los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias, (Conpes, 2004) lo que se une a una nueva concepción del envejecimiento definido como "envejecimiento saludable y activo" (Rodríguez, Valderrama Orbergoso, Linde y Máximo, 2010). Este envejecimiento posee diferentes componentes, como: duración de la vida, salud biológica y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

El envejecimiento poblacional ha originado cambios, tanto en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, como también a las distintas áreas del adulto mayor (familia, economía, salud, tejido social), llevando a que distintos países se cuestionen temas relacionados con el trabajo y la jubilación, la calidad de vida, la salud, etc. (...) (Jaspers-Faijer, 2005).

Envejecimiento y vejez.

A partir de lo planteado por Serrani (2006), el envejecimiento es un proceso universal, continuo y progresivo, que lleva finalmente al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos. La vejez en cambio es un concepto social que difiere en las distintas culturas y épocas. Es decir (...), mientras que el envejecimiento es un proceso continuo, paralelo al de evolución y desarrollo, la vejez es un estado que se alcanza cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidas por cada una de las sociedades y culturas en su devenir histórico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y partiendo de un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte (OMS, 2022). Nos plantea que estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar.

La Lic. Fernandez Brañas, la Dra. Almuiña Guemes, el Dr. Alonso, y la Dra. Blanco Mesa (2001), en la Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, nos plantean al envejecimiento como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos.

9

Breve historia de la vejez

A lo largo de la historia, se han realizado distintas conceptualizaciones de la vejez. Carbajo Vélez (2008) nos plantea que:

En la literatura bíblica del Antiguo Testamento, se considera a la vejez de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados. Es así como las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, (...) guía y enseñanza. La cultura griega ofrece multitud de actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de las personas mayores a través de los

diferentes modelos culturales que jerarquizan las edades del individuo y las capacidades propias de cada edad. Fundamentalmente, destaca la concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a las personas mayores. (p.240)

La autora tomará estas dos concepciones y planteará, por un lado, cómo Platón en “La República” adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores. y elogia a la vejez como etapa de la vida donde las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio. Este filósofo, hace resaltar, sobre todo, los agentes individuales del envejecimiento, considera que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez, y explica cómo habría que prepararse para la vejez. Es por ello, que a este filósofo griego se lo toma como un antecedente de la visión positiva de la vejez.

Por otro lado, la autora presenta a Aristóteles, quien se posiciona con una imagen más negativa de la persona mayor. En su “Retórica” (libros II, XII, XIIIIV, 3), destaca el afán de disputa en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. La “senectud”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente. Este filósofo planteará que las personas mayores son caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. En su escrito “De generatione animalium” asocia la vejez con la enfermedad.

Como se observa, la autora plantea dos versiones antagónicas sobre la vejez expresadas por Platón y Aristóteles, y agregará que éstas van a ser continuadas y matizadas por diversos autores a lo largo de la historia del pensamiento humano. Son, además, las responsables de muchos de los estereotipos tanto positivos como negativos presentes en la sociedad actual.

Para agregar un poco más respecto a las distintas concepciones que se plantean culturalmente, se sabe que la cultura occidental difiere en algunas cuestiones con la cultura occidental para pensar al adulto mayor. Es de público conocimiento de que la primera presenta un respeto incondicional por la generación más anciana y la considera de una importancia vital para la sociedad humana por su sabiduría y experiencia. Inclusive, Japón celebra el día del respeto al adulto mayor para venerar a esta parte de la población. En su contrario, la cultura occidental, y sobre todo en las modernas, el adulto mayor es mirado con rechazo, considerándolos como una carga y fuente de problemas.

Alzheimer: una problemática psicosocial.

Galli, M. y Sartor F., en su apartado “Demencias. Problemática psicosocial”, en “Lenguaje. Una perspectiva interdisciplinaria. Escritos II”, plantean a la vejez como un fenómeno universal y etapa del ciclo de la vida: Adultez Mayor. Expresan que no refiere únicamente a un corte cronológico madurativo propio de toda sustancia viva, sino también al

10

cuerpo como fenómeno del lenguaje y hecho cultura. Desde una perspectiva psicoanalítica, piensan al envejecimiento como una de las formas en que las palabras marcan al cuerpo, como un escrito en el cuerpo en el que se manifiesta su decadencia, y expresan que uno de los modos en que esa escritura se puede plasmar sobre el cuerpo es a través de la *demencia*.

La O.M.S. define a las demencias como un síndrome de naturaleza generalmente crónica o

progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, más allá de lo que implica un envejecimiento normal. Este síndrome afecta a la memoria, al pensamiento, la orientación, la capacidad de aprendizaje, el cálculo, el lenguaje y el juicio. Además de la función cognitiva, la demencia afecta al control emocional, al comportamiento social y/o la motivación.

En su texto, López-Álvarez y Agüera-Ortiz plantean que, a principios del siglo XX, el término ‘demencia’ servía para designar todo tipo de enfermedades mentales. En 1907, Alois Alzheimer describió una nueva enfermedad, que en principio se consideró una forma atípica de demencia presenil, en una paciente con síntomas psicóticos, trastornos del comportamiento, depresión y deterioro cognitivo. Expresan que, neuropatológicamente, la paciente presentaba placas seniles y ovillos neurofibrilares, que son las lesiones que definen aún hoy esta enfermedad. Sin embargo, estos hallazgos se consideraron muy raros durante muchos años, ya que la causa de la demencia que era descrita como habitual era el ‘endurecimiento de las arterias’. Además, los conceptos de demencia ‘senil’ y ‘presenil’ en función de la edad de aparición del cuadro clínico se mantuvieron como si fueran entidades nosológicas diferenciadas durante años, pero en los sesenta el grupo de Blessed demostró que aquellos pacientes con demencia senil eran indistinguibles neuropatológica y clínicamente de aquellos casos más jóvenes descritos como enfermedad de Alzheimer (López-Álvarez, Agüera-Ortiz, 2015).

La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias neurodegenerativas aunque existen varios tipos de demencia (Manes, 2014). Valls-Pedret, Molinuevo y Rami, en “Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer”, plantean que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, principalmente en la vejez. A pesar de que se desconoce su etiología, es una enfermedad multifactorial y compleja.

A través del tiempo, diversos científicos han ido reportando cómo la Enfermedad de Alzheimer es capaz de ir produciendo cambios visibles en la anatomía cerebral, que en consecuencia dará como resultado una serie de manifestaciones clínicas, síntomas que impactarán en esferas cognitivas, emocional y conductual estudiadas.

Es de público conocimiento que esta es una enfermedad que afecta cada vez más a las sociedades de países desarrollados y es un claro problema de salud pública. Molina Arévalo Belén (2021) expresa que hay aproximadamente 46,8 millones de personas en el mundo que presenta la enfermedad de Alzheimer. Considera que para el año 2030, si no se dan hallazgos novedosos, habrá un aumento de 74,7 millones y para el 2050 podría superar los 131,5 millones. Cada 3,2 segundos existe un caso nuevo de demencia en el mundo (BrightFocus, 2017). En Argentina, el Alzheimer afecta a más de 450.000 personas (Manes, 2014). Según lo planteado en el reciente informe de la OMS respecto a la falta de políticas de la mayoría de los países para abordar este tema y a la falta de consenso en protocolizar los tratamientos, es muy probable que esta brecha se mantenga o, incluso, que sea superior a la señalada anteriormente. Un interesante analizador de esto lo constituye el hecho que, a pesar de la cantidad de personas afectadas por demencia en el mundo, únicamente 14 países han desarrollado planes o políticas públicas de abordaje: Australia, Canadá, Dinamarca, Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del norte), Francia, Japón, Corea del sur, Holanda, Noruega, Suiza y EEUU (WHO, 2012).

Si se ubica a las demencias en el campo de la salud mental, y no únicamente a partir de aspectos genéticos y biológicos, tal como lo plantea Robert Pérez Fernández (2013) se

puede posicionar a esta enfermedad desde una perspectiva comunitaria, donde lo biológico no es el centro de la cuestión, si no que incluye procesos psicológicos, familiares, vinculares y de producción de sentido. La forma en que se articulen e influyencien los mismos, delimitará cómo se exprese el cuadro psicopatológico y su desarrollo, principalmente en los aspectos de calidad de vida y sufrimiento psíquico. Desde esta perspectiva, la demencia nunca afectará a una persona individualmente, sino que siempre impactará en un grupo o colectivo, en función de su historia, cultura, producciones de sentido, etc, que determinarán el curso del proceso psicopatológico (Berriel y Pérez, 2007). Fernández (2013) plantea como línea principal de abordaje a los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos (cognitivos, afectivos, hábitos y entorno, estrés, con cuidadores, etc) orientados a la calidad de vida y a la tramitación del sufrimiento psíquico, que pueden combinar tratamientos farmacológicos cuando es necesario.

Diagnóstico

Galli y Sartor (2014) plantean qué, para poder realizar un diagnóstico de demencia, incluido el Alzheimer, es necesario ser muy cuidadoso, ya que esta afecta no sólo a quien la padece, sino a todo su entorno social. Además, agregan que el diagnóstico clínico resulta de gran importancia y este se debe realizar con el mayor nivel de objetividad posible, considerando la información que brinda el laboratorio (parámetros biológicos), el examen psicológico, las neuroimágenes, el examen neurológico, la evaluación neurofisiológica, el examen psiquiátrico y el examen clínico. Cuando solo se tiene en cuenta una parte de éstas el diagnóstico adquiere un alto grado de vulnerabilidad. De ahí la importancia de considerar el trabajo interdisciplinario a la hora de definir un diagnóstico (...). Los autores expresan que el diagnóstico de la demencia se hace específicamente en base a la pérdida de autonomía de la persona, es decir la capacidad que tiene de autovalerse (...) El indicador de la salud en el adulto mayor es la autonomía.

Fernández (2013) expresa que es común, en lo que respecta a los vínculos que ante un diagnóstico de demencia se den en el entorno una serie de mecanismos vinculares que, si bien pueden tener como objetivo “proteger a la persona”, no es extraño que terminen teniendo el efecto contrario, y así lograr atentar contra la condición de sujeto de la persona con demencia, que muchas veces pasa a ser tratado como un “objeto”. Plantea que aparecen muchos cambios en los roles familiares, como también modalidades de comunicación estereotipadas a nivel familiar, afectos reprimidos, los cuales, ante la presencia de una persona con demencia, irrumpen en la vida cotidiana y en su entorno.

En el plano social-comunitario, la forma en que el grupo social entienda y signifique la demencia, va a repercutir en el curso de la patología (Fernández, 2013). Los estigmas, los miedos y temores que se puedan asociar a esta enfermedad, van a estar muy arraigados a las creencias del entorno, así como a sus recursos y modalidades para asumir una enfermedad mental de este tipo (ADI, 2012).

López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015) manifiestan que a partir del siglo XX se impuso dentro de la literatura científica el “paradigma cognitivo” dentro de esta demencia por lo cual lo nuclear de este trastorno sería la aparición precoz de un déficit. Expresan que este avanza de forma progresiva y que puede complicarse con una sintomatología psiquiátrica que no forma parte del núcleo de la enfermedad. Con respecto al paradigma, plantean que éste obviaba que los síntomas neuropsiquiátricos son consustanciales al proceso y que pueden darse de forma precoz.

En 1999, la Asociación Psicogeriátrica Internacional (IPA) reclamó la atención acerca de la importancia de los desde entonces denominados ‘síntomas psicológicos y conductuales

de demencia' (SPCD), remarcando su relevancia en la sintomatología clínica de la enfermedad y como causa de sufrimiento del paciente y sus familiares (Lopez-Alvarez, Agüera-Ortiz, 2015)

12

¿Qué son los SPCD? La conferencia de consenso convocada por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1996 acuñó el término 'behavioral and psychological symptoms of dementia' (SPCD en castellano) para aludir a un conjunto de síntomas y signos, previamente denominados de forma diversa (por ejemplo, síntomas psiquiátricos, complicaciones conductuales, problemas de conducta) que pueden aparecer en las personas con demencia (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012). Durante la vida, plantean los autores, el ser humano va forjando su personalidad y va adquiriendo recursos para afrontar los retos y las adversidades (identificación y resolución de problemas, red social, humor, creencias, etc) (...) se esfuerza por adaptar los rasgos de personalidad a los requerimientos del entorno. De este modo, los SPCD se explicarían como intentos fracasados de manejar o adaptarse a los cambios fisiopatológicos y ambientales. La pérdida de capacidades cognitivas podría compensarse inicialmente con la puesta en juego de recursos, pero los rasgos más básicos de la personalidad terminarían aflorando.

Los síntomas psicológicos y conductuales tienen una matriz particular en cada paciente. En "Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia" se plantea que esta heterogeneidad fenotípica es el resultado de la interacción de factores psicológicos (personalidad y enfermedad previa, tolerancia del enfermo y la familia), factores biológicos (neuroanatomía, neuroquímica y genética) y los factores sociales relacionados con el propio paciente, su cuidador y el medio social en que vive (Guerra Hernández, Llibre Guerra, García Arjona, Lorna, 2011).

Los SPCD generan sufrimiento en el paciente y en el cuidador, agravan el deterioro cognitivo y precipitan la institucionalización (...) pueden aparecer prácticamente en cualquier momento de la enfermedad, con un patrón de agrupación muy variable (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012). Además, se agrega que esta variabilidad es fruto de la importante influencia de los factores psicológicos y ambientales susceptibles de modificación, que ofrece una oportunidad para el tratamiento,

Fases o etapas del Alzheimer

Molina Arévalo (2021) plantea tres etapas o fases:

Etapa inicial: Fase leve (duración de 2 a 5 años aproximadamente). La persona aun es independiente, necesita de la supervisión de la familia, en esta etapa comienza los problemas de memoria tan sencillos como el olvidar diferentes objetos o lugares que ya conocidos. Además, existe una disminución en la concentración, fatiga y síntomas de depresión con apatía. (Moreno, 2016)

A este punto, Vidal, Ruiz Terradas y Serra Vila (2015) lo denominan estadio leve y plantean que aún el enfermo puede trabajar o conducir un coche, aunque es posible que empiece a experimentar desorientación espacial temporal y falta de espontaneidad, de iniciativa y ciertos rasgos depresivos. La capacidad de juicio se reduce y tiene dificultad para resolver situaciones nuevas y organizar actividades. Manifiestan que pueden aparecer repentinos cambios de humor.

Etapa intermedia: Fase moderada (duración 2 a 10 años aproximadamente) En esta etapa se presenta un deterioro cognitivo leve y se puede observar una mayor dificultad para recordar como los nombres de sus familiares, apareciendo problemas más serios de memoria y así teniendo cambios de humores como la frustración o el enojo de forma inesperada. Por otro lado, comienza a ver problemas de afasia, apraxia y agnosia, además aparecen algunos rasgos de tipo psicótico, razón por la cual en esta fase necesita la persona cada vez más ayuda en las actividades. (Pérez, 2018)

13

En este punto, la enfermedad ya resulta evidente para familiares y allegados. El paciente presenta dificultades para efectuar tareas como hacer la compra o seguir un programa de televisión. Ya no es sólo una pérdida de memoria, sino también de capacidad de razonamiento y comprensión, pues pierde fluidez en el lenguaje, y necesita ayuda constante para realizar actividades cotidianas. En esta etapa, el deterioro avanza con bastante rapidez y los afectados pueden llegar a perderse en lugares familiares. Además, se muestran visiblemente apáticos y deprimidos (Vidal, Ruiz Terradas y Serra Vila, 2015)

Etapa final: considerada como fase grave. El individuo presenta dificultad al mantener una conversación debido a la pérdida de las experiencias recientes. Asimismo, se exhibe un grave deterioro en la memoria y en las diferentes habilidades cognitivas. Los síntomas cerebrales empeoran, se ve notablemente la rigidez muscular, además surge cambios de la personalidad más serios, es esta etapa la persona llega hacer dependiente en todas las actividades de la vida diaria por más comunes que sean; En general en esta etapa la persona termina encamado (Moreno,2016)

La incapacidad es profunda y el paciente no se puede valer por sí solo; todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. Su personalidad experimenta alteraciones irreversibles y pierde la capacidad para hablar correctamente o repite frases inconexas una y otra vez. No puede reconocer a sus familiares y amigos, ni siquiera se reconocen a ellos mismos ante un espejo: la desorientación es constante. Además, los pacientes más graves se olvidan de andar y sentarse y, asimismo, aumenta la rigidez muscular, de manera que van quedando progresivamente reducidos a una silla de ruedas y, después, a la cama. (...) pierden el control sobre sus funciones orgánicas y presenta incontinencia urinaria y fecal. Y (...) aparecen otras complicaciones como ansiedad, angustia, agresividad o depresión: gritan, lloran o ríen sin motivo y no comprenden cuando se les habla. En su etapa más grave surgen contracturas en flexión, permanecen en mutismo y pueden llegar a presentar trastornos deglutorios. Muchos de ellos acaban en estado vegetativo. (Vidal, Ruiz Terradas y Serra Vila, 2015)

Tratamientos

La enfermedad de Alzheimer es una patología de evolución lenta. Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se inicia una etapa de mayor gravedad pueden pasar varios años. Por el momento, no existe ningún tratamiento que revierta el proceso de degeneración que comporta esta enfermedad y solo se pueden aliviar o retrasar algunos de sus síntomas (..) (Vidal, Ruiz Terradas y Serra Vila, 2014).

Los tratamientos a los que actualmente puede acudir un paciente con Alzheimer son dos: tratamiento farmacológico y tratamiento no-farmacológico. Se presentará a continuación

una perspectiva general de ambos a partir de lo escrito por Vargas, Pino Catalán y Sander Escobar.

Tratamientos farmacológicos: Tiene como finalidad controlar los diversos síntomas de la enfermedad y así, ayuda a mejorar la calidad de vida. Dentro de los medicamentos podemos encontrar inhibidores que puedan desacelerar el proceso de desintegración de los neurotransmisores claves en la sinapsis (Donezepil, rivastigmina, galantamina) y otros que preservan la memoria y el aprendizaje (memantina). Plantean, sin embargo, que, como bien menciona el autor Vilalta, F. (2008):

Los medicamentos (...) tienen un efecto modesto sobre la cognición, y un efecto sobre síntomas neuropsiquiátricos sólo cuando son administrados en altas dosis y no en

14

todos los casos, es por ello, que estas manifestaciones generalmente son tratadas con medicamentos neurolépticos y ansiolíticos que deterioran el estado motor y son causa de muerte prematura” (p.10).

Además, manifiestan que los fármacos sólo tienen un mayor nivel de efectividad en etapas iniciales de la enfermedad y en dosis elevadas, pueden producir efectos secundarios desfavorables como náuseas, vómitos, calambres musculares, fatiga o pérdida de peso (Alzheimers Association, 2018).

En el artículo “Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer” se plantea que hay algunos fármacos aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration*, EE. UU.) que detienen o ralentizan temporalmente el deterioro cognitivo, funcional y conductual. Tres de los medicamentos son inhibidores de la colinesterasa (enzima crucial para la transmisión nerviosa en las uniones neuromusculares (Google)): donezepilo, rivastigmina y galantamina, que incrementa las concentraciones de acetilcolina, un neurotransmisor que está involucrado en el aprendizaje y la memoria. Además, proponen que el Donezepilo es rápidamente absorbido por vía oral y tiene pocas reacciones adversas (náuseas, diarreas y anorexia).

Otros ensayos clínicos sugieren que la rivastigmina (parches) tiene un significativo efecto en la memoria y el conocimiento, sobre todo en pacientes con EA leve a moderada. Los autores expresan que con todos estos medicamentos se ha mejorado el comportamiento del enfermo en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad funcional y las alucinaciones, lo que mejora su calidad de vida. Sin embargo, los beneficios de estos fármacos son limitados, porque su eficacia dura aproximadamente un año y en solo la mitad de las personas a las que se les prescribe.

Se han utilizado otros muchos inhibidores colinesterásicos para el tratamiento de la EA, tales como la fisostigmina y el metrifonato y sus derivados. Estos medicamentos protegen contra el estrés oxidativo y la toxicidad amiloide pero son costosos y pueden dañar las membranas neuronales. En general se desaconseja su uso.

Tratamientos no farmacológicos: Tienen como finalidad, aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida tanto del paciente, como de cuidadores. Mezclar el tratamiento farmacológico con el no-farmacológico puede generar grandes resultados, e incluso, en algunos casos el tratamiento sin fármacos puede sustituir al farmacológico.

Las terapias no farmacológicas se definen como “una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (CEAFA, 2016, p.39)

Dentro de las terapias no farmacológicas podemos encontrar a la Musicoterapia: que es aquella que corresponde al uso de elementos musicales para favorecer la comunicación, sociabilización, y capacidades cognitivas, perceptivas o motrices en los pacientes con Alzheimer. A través de la música, los pacientes pueden acceder a sus emociones y recuerdos. Las canciones escuchadas en el camino de la vida tienen un gran significado personal, y por eso pueden ser una llave para expresar pensamientos y emociones (CEAFA, 2016).

Pérez Fernández (2013) plantea que hoy en día, la mayor parte de los recursos económicos y científicos destinados a la investigación en demencias son financiados por la industria farmacéutica, desarrollando estudios desde la perspectiva neuropatológica, principalmente desde los aspectos biológicos que buscan modificar la patología cerebral. Si bien los resultados aquí aún son muy modestos respecto a detener o disminuir el deterioro causado por estas patologías (Allegri, Arizaga, Bavec et al, 2010; MSPSI, 2010; Olazarán, Reisberg, Clare et al, 2010), el abordaje habitual recomendado por la mayoría de los médicos sigue siendo el farmacológico en forma casi exclusiva (Olazarán et al, 2010). Esto ha implicado que, al estar las demencias capturadas mayoritariamente dentro de un paradigma biológico y positivista, han quedado cercadas, teórica y técnicamente, en el campo de la neurología

15

(neuroanatomía, neurofisiología, neuroquímica). Si bien esta concepción ha permitido avanzar en el conocimiento de muchos aspectos biológicos de estos trastornos:

Al presentarse como un campo hegemónico que excluye otros abordajes, también ha oficiado como obstáculo para el desarrollo de conocimientos psicosociales sobre el tema (...) queda poco espacio real y simbólico para incluir conceptualmente otras dimensiones que hacen al sufrimiento humano, como el caso del sufrimiento psíquico y del estigma. (...) (Olazarán et. al., 2010, p.8)

En otras palabras, este modelo neuropatológico se centra en el estudio de "la enfermedad que tiene alguien", perdiendo de vista a "la persona que, entre otras cosas de su vida, tiene una demencia" (Sabat, 2011). Esto lleva a invisibilizar a la persona con su experiencia subjetiva y habilidades cognitivas y sociales puestas en juego en la vida cotidiana, elementos clave para el abordaje de cualquier problemática de salud mental. Por su parte, la perspectiva psicosocial de las demencias dentro del campo de la Salud Mental, abre a diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. Si bien en esta línea de abordaje los resultados también han sido hasta el momento limitados, debe señalarse que existe evidencia empírica de varios tratamientos que han demostrado producir un efecto igual o superior al de los farmacológicos y con mayor eficacia (mayor beneficio del tratamiento) y eficiencia (mejor relación costo - beneficio) (Olazarán et al, 2010).

La musicoterapia como alternativa no-farmacológica

La Federación Mundial de Musicoterapia (1996), plantea esta disciplina como:

La utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos

para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. (p. 5, P.14).

José Enrique de la Rubia Ortí, Paula Sancho Espinós y Carmen Cabañés Irazo manifiestan qué, según la NAMT (National Association for Music Therapy), la musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad (p.133).

Victoria Alba Vidal, Maria Ruiz Terradas y Stella-Maris Serra Vila (2014-2015) expresan que la musicoterapia se encuadra en los tratamientos no-farmacológicos con estimulación sensorial. Existe un gran número de enfoques, así como diferentes usos de la música para esta población, ya sea como actividad recreativa o como terapia. Se observa un creciente interés por la utilización de la musicoterapia en demencias, y cada vez son más los musicoterapeutas que entran a formar parte de los equipos profesionales que atienden a estos enfermos. En el caso de la EA, la musicoterapia puede servir como un tratamiento preventivo. Plantean que esta aproximación se propone objetivos específicos y a corto plazo, como por ejemplo la mejora paulatina de algunas funciones cognitivas y emocionales, para así alcanzar un objetivo general, como puede ser un mayor bienestar del paciente. Expresan que estos pacientes se vuelven pasivos, por su pérdida de memoria, pero además pierden la motivación,

16

por lo que su vida se vuelve vacía. Por ello se plantea a la musicoterapia como tratamiento, ya que fortalece la salud del paciente para poder luchar contra esta pasividad y conseguir así reducir o calmar la agitación, la irritabilidad y la agresividad, con música generalmente sedativa. La música estimula la evocación de la memoria que rastrea a través de las zonas olvidadas de la personalidad o nunca tenidas en cuenta, y las activa. En definitiva, la terapia tiene que ayudar a instaurar en el paciente de Alzheimer un nuevo orden funcional que le ayude a encontrar un sentido a su vida.

De la Rubia Ortí, Sancho Espinós y Cabañés Irazo plantean que la musicoterapia recientemente se está empezando a instaurar en diferentes hospitales, residencias, centros y asociaciones, como una posible alternativa para tratar un gran abanico de patologías (Castro, 2005). Expresan:

La música es un hecho cultural integrado en todas las actividades del ser humano. Pedagógicamente tiene un potencial muy elevado conectando lo sensorial, lo intelectual y lo volitivo. Su valor varía según la intervención de los factores emocionales, fisiológicos, culturales o técnicos habiendo un orden matemático. (Andrés, 2000, p.).

La música es el arte de los sonidos, y por tanto implica tanto a la expresión como a la percepción. Johan Huizinga la define como un *“acto libre, autosuficiente, definido, serio, sugestivo, extraordinario, alegre, impulsivo e incierto”* (Andrés, 2000, p.). La música se ha difundido por el ser humano, llegando a estar en todas las culturas. Podemos decir que *“no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea, y a menudo controla muchas de las conductas humanas”*. (Davis, Gfeller y Thaut,

2000, p.)

En lo que respecta a la terapia, los autores plantean diferentes formas de aplicarla: terapia creativa y terapia artística. Respecto a la última, expresan que es una combinación entre arte y psicoterapia en donde cada una de estas partes se ve estimulada en su unión con la otra (Díez, 1996). En éste tipo de terapias podemos encontrar la arteterapia, la musicoterapia, la dramaterapia, la danzaterapia y el psicodrama (Augé, 2000).

Además, consideran que hay diferentes formas de la aplicación de la musicoterapia de forma terapéutica (Castro, 2005):

- Musicoterapia pasiva: la persona escucha y la música persuade sin ninguna utilización de instrumentos ni movimientos.

- Musicoterapia activa: es una forma más participativa. El paciente canta o emite sonidos, realiza movimientos, compone.

- Musicoterapia mixta: es una mezcla de las dos terapias anteriores. Musicoterapia receptiva: resultado de la escucha del paciente. (música vibroacústica). -Musicoterapia creativa: permite la creación de música mediante ritmos que el paciente compone mediante la voz, instrumentos, incluso los movimientos corporales.

Efectos terapéuticos de la musicoterapia en pacientes con Alzheimer

De la Rubia Ortí, Sancho Espinós y Cabañés Irazo (2014) señalan que la musicoterapia tiene como fin, utilizando diversas técnicas, obtener beneficios fisiológicos, sociales, psicológicos e intelectuales de los pacientes a los que se les aplica, por lo tanto, su utilización en demencias tipo Alzheimer resulta ser una alternativa prometedora, aunque no se conocen todavía muchos datos de su eficacia. *“Se sabe que sí genera una mejora en cualquier individuo, ya que disminuye la depresión, la ansiedad que está asociada a un estado de estrés negativo, y aumenta el bienestar”* (European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 2014, p.131-140).

17

Vidal, Ruiz Terradas y Serra Vila (2014) expresan que las investigaciones sobre los efectos beneficiosos de la musicoterapia en personas con demencia han proliferado notablemente a partir de los años 80. Se puede plantear que escuchar música es una intensa experiencia emocional, y esta es muy beneficiosa ya que las personas con Alzheimer tienen necesidades psicológicas como el contacto social, sensación de seguridad, orden, control, libertad, necesidad de sentirse útiles y capaces de tomar decisiones. Las autoras plantean que la musicoterapia puede servir como un tratamiento preventivo. Esta aproximación se propone objetivos específicos y a corto plazo, como la mejora paulatina de algunas funciones cognitivas y emocionales, para así alcanzar un objetivo general, como puede ser un mayor bienestar del paciente. Proponen que los beneficios de la musicoterapia son numerosos: - Favorece a cualquier persona (aunque ésta no pueda moverse) - Proporciona una vía de comunicación, ya que las canciones de su pasado les traen buenos recuerdos. - Motiva al paciente a realizar actividad física - Renueva el interés para participar en actividades de grupo - Aumenta la capacidad de atención - Ayuda al paciente a sentirse mejor consigo mismo - Hace que el paciente exprese sus sentimientos.

Bentz, C. (2017), menciona que: *“La musicoterapia es un instrumento que fomenta la creatividad en los pacientes con Alzheimer, ya que desbarata los prejuicios del “no se puede” y es el mejor antídoto contra la inercia que acompaña a las personas con demencia”* (p.). Se debe de tener en cuenta, que estos usuarios se vuelven pasivos, ya que, además de perder

la memoria, también pierden la motivación, por lo que su vida se vuelve vacía. La musicoterapia es capaz de fortalecer la salud del usuario para poder luchar contra esta pasividad.

Aguilar Vargas, P. Pino Catalán, G. Sander Escobar, G (2020) plantean:

(...) es capaz de activar recuerdos de eventos importantes en la vida de los pacientes, (...) y concientizarlos nuevamente. Este escenario puede resultar bastante atractivo, ya que el escuchar canciones de su vida, cantarlas o incluso bailarlas, son situaciones que activan y estimulan de forma natural la atención auditiva, el lenguaje comprensivo y expresivo, la memoria, el movimiento consciente y las emociones vinculada a la música. En consideración de esto, muchas veces puede significar, un buen instrumento para ayudar en la mantención de la memoria autobiográfica, y más aún, recuperar el recuerdo de su identidad. (p.61)

Por otra parte, autores como Mateo, L. (2011), exponen que esta terapia es capaz de entregar calidad de vida, en lo que respecta al bienestar emocional, ya que, si se emplea música del gusto propio del paciente, será capaz de calmarlo, otorgar bienestar y sentimientos positivos. Todo aquello, activará sentimientos de empoderamiento para hacer las cosas, de compartir, y de que el esfuerzo no es en vano. Se tiene el conocimiento, que las habilidades musicales se suelen mantener en los pacientes con Alzheimer, incluso cuando el deterioro de la memoria y lenguaje es cada vez más notorio. En este hecho, se fundamentan los musicoterapeutas para tener la máxima motivación por parte de estos pacientes, al mismo tiempo que se favorece su equilibrio emocional, ya que la música puede suponer un soporte valioso para la expresión y comunicación de su afectividad en la vida diaria, al tiempo que se contrarresta el deterioro de la memoria y lenguaje. Aparte, la música disminuye las alteraciones emocionales y conductuales que suelen presentarse, a medida que progresa la enfermedad (Cáceres, 2016).

En “Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. Una revisión de la literatura” se manifiesta que existe una gran cantidad de teorías en lo que respecta a la musicoterapia y los impactos que podría tener en los enfermos de Alzheimer, es decir la influencia que tiene la música y sus elementos (ritmo, melodía y armonía) en dichos pacientes. Se cree que los beneficios de esta, inciden principalmente en las áreas cognitiva, emocional y conductual. Los

18

autores proponen distintas esferas en las que la musicoterapia generará un impacto. Estas esferas son

- ❖ Esfera cognitiva: la música estimula la atención, la orientación, el lenguaje, inteligencia y la memoria, mostrando una mejora general del funcionamiento cognitivo. Mediante una melodía familiar puede evocar de forma inmediata una emoción, una sensación o un recuerdo del pasado, devolviendo a la persona el sentimiento de identidad, seguridad y familiaridad. Plantean que la música favorece la memoria autobiográfica, y de este modo también la evocación de recuerdos. Por otra parte, la musicoterapia es una poderosa herramienta que permite aumentar la actividad neural, el sentido de orden y análisis, estimulando las capacidades del lenguaje, como la fluencia y el contenido informativo, a través del canto activo, ya que, facilita la evocación de palabras. Esto puede ser porque los fundamentos del lenguaje son musicales, y son prioritarios a las funciones semánticas y léxicas en el desarrollo del lenguaje (García, E. 2014; Betés de Toro, 2000).

- ❖ Esfera emocional: los sentimientos que causa la enfermedad de Alzheimer son de

rabia, tristeza y confusión. La necesidad de expresar sus emociones se puede ver dificultada por la pérdida de capacidades cognitivas. Con respecto a lo emocional, la música permite canalizar los sentimientos y mejora los estados de ánimo. De esta forma los resultados beneficiosos incluyen también a los familiares (Ramos, 2016). La musicoterapia ofrece escucha y estímulo, descarga y contención, evocación y canalización de sentimientos mediante un lenguaje simbólico, profundo e inmediato. Todo ello promueve un estado de ánimo más positivo en las personas con enfermedad de Alzheimer mejora estados de ansiedad, depresión y facilita la interacción no sólo durante la experiencia musical, sino después de la misma (García, 2014), facilitando que el paciente con EA pueda expresar emociones y compartirlas, expresar diferentes estados de ánimo o modificarlos (Betés de Toro, 2000).

❖ Esfera conductual: Los efectos que genera en este ámbito la musicoterapia son positivos, ya que, reduce los síntomas conductuales y psicológicos. (...) reduce la agitación, que se suele relacionar con momentos del día en los que suceden cambios (despertar, ducha, comida, etc.), mejorando la irritabilidad y la ansiedad (Ramos, 2016). En relación al nivel psicológico, es posible observar que la musicoterapia ayuda a la regulación de las alteraciones conductuales propias de los pacientes, mejorando el ánimo y reduciendo los niveles de ansiedad y estrés, además de ayudar a fomentar la expresividad natural de cada paciente (Raglio, Bellelli, Traficante, Gianotti, Ubezio, Villani, & Trabucchi, 2008). Esto se debe porque la música influye en la dimensión espiritual, provocando, paz y armonía y serenidad (Betés de Toro, 2000).

Conclusiones

Si se parte de la base de que la adultez mayor es un periodo de grandes cambios que cada vez está teniendo mayor relevancia en la sociedad, dándole un lugar más humano y no meramente como una etapa final de la vida, y, teniendo en cuenta que la población de los adultos mayores va en aumento gracias a la mejora de la expectativa de vida y la caída de la tasa de natalidad, es enormemente importante que éste momento vital pueda ser llevado a cabo de manera digna y respetada, teniéndose en cuenta en todos sus aspectos. Es decir, llevar a cabo un envejecimiento saludable y activo, que incluya la salud biológica como la mental, la productividad, la satisfacción, el autovalerse, etc.

Sin embargo, no se puede dejar de lado el hecho de que el envejecimiento también puede tornarse dificultoso y decantar en una demencia, de naturaleza generalmente crónica

o progresiva, afectando el deterioro de la función cognitiva, la memoria, pensamiento, orientación, capacidad, aprendizaje, lenguaje, juicio, entre otros. Autores anteriormente mencionados consideran que estas enfermedades deteriorantes van escalonando cada vez más, afectando así a más y más personas. A pesar de ello, solo muy pocos países a escala mundial han desarrollado planes o políticas públicas para el abordaje de este padecimiento. Argentina no se encuentra entre ellos.

La enfermedad de Alzheimer, una de las demencias más reconocidas, es una condición que no solamente afecta a la persona quien la atraviesa, sino a todo su entorno social y familiar. Por ello, se considera de gran importancia que, al momento de realizar un diagnóstico de esta enfermedad, se realice de manera cuidadosa, e interdisciplinaria, sin dejar de lado la parte humana del padeciente, ni a su familia. Es de gran relevancia incluir además un espacio simbólico y real para el sufrimiento psíquico, sin perder de vista a la persona, invisibilizada por su enfermedad.

Entre los tratamientos que se pueden encontrar para dicha enfermedad, aparecen los farmacológicos, los cuales poseen un poder trascendente y central al momento de pactar un método de trabajo con el enfermo y su familia. No obstante, también existen tratamientos no farmacológicos que presentan grandes beneficios para el atravesamiento del Alzheimer. Entre ellos, la musicoterapia.

A partir de elementos musicales, se favorece la comunicación, la sociabilización y las capacidades cognitivas, motrices y perceptivas. La musicoterapia presenta beneficios fisiológicos, psicológicos, sociales e intelectuales, disminuyendo la depresión, la ansiedad, el estrés, y aumentando el bienestar y de este modo su nivel de felicidad.

Existe evidencia empírica de varios tratamientos que han resultado en un efecto igual o superior al farmacológico presentando mayor eficacia y eficiencia. Todos los autores con los que se dialogó a lo largo de este Trabajo Integrador Final coinciden en que las consecuencias de su uso son sumamente favorables, sobre todo para evitar un tratamiento puramente farmacológico. Como es de público conocimiento, la medicalización en la tercera edad es uno de los métodos más utilizados para llevar a cabo el desarrollo de varias enfermedades y condiciones que pueden atravesar los adultos mayores, y es por ello que es necesario poder tener en cuenta otro tipo de herramientas y estrategias. Existe evidencia empírica de varios tratamientos que han resultado un efecto igual o superior a lo farmacológico, presentando mayor eficacia y eficiencia.

En resumen, se considera de gran importancia el poder quitarle el poder tan imperante que presenta la industria farmacéutica en las sociedades de hoy, lo cual implica responsabilizar únicamente al sujeto de su padecimiento, quitándole su subjetividad y centrándolos en la enfermedad que padecen y la medicación que consumen. Poder dar mayor lugar a tratamientos que datan de años, como lo es la Musicoterapia, pero que aún no presentan tantísima relevancia como los tratamientos farmacológicos, buscando generar el menor daño

y consecuencias negativas posibles, evitando así la iatrogenia que se presenta en el ámbito de la salud.

Como plantean las autoras en “Derecho a la no medicalización en la vejez”, el fenómeno de la medicalización es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad y en los procesos vitales de salud/enfermedad/cuidado (Stolkiner, 2013). Subrayan la destacada entrada del capital financiero en el sector salud, tomando esta última como un

mercado. Además, el proceso de medicalización también genera efectos en la producción de sentido por la presencia hegemónica del discurso médico en la vida colectiva y en las vidas singulares cotidianas de los sujetos. (Stolkiner, 2013)

En conclusión, plantean, por un lado, salir de la encerrona trágica que hace pensar que la medicalización (médicos, medicamentos y geriátrico) es el único destino y por el otro, aportar a la generación de políticas públicas orientadas a la protección integral de las personas mayores.

Referencias

- Aguilar Vargas, P. Pino Catalán, G. Sander Escobar, G (2020) *Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. Una revisión de la literatura*. Tesis para optar al título de Fonoaudiólogo. Viña del Mar – Chile.
- Barcia-Salorio, B (2009) *Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer*. Catedrático emérito

- de psicogeriatría. Universidad Católica. San Antonio de Murcia. Guadalupe, Murcia, España.
- Carbajo Vélez, Ma. C (2008) *La historia de la vejez*. Universidad de Valladolid. Ceminari. Y, Parenti. M, García Vara. E, Lagoguarde. M. Miller, L. Magrassi, N. Ripodas. G (2014) *Derecho a la no medicalización en la vejez*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Buenos Aires.
- Fustonini, O (2015) *El cerebro y la música. Emoción, creación e interpretación*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Galli, M y Sartor, F. (2014) *Lenguaje, una perspectiva interdisciplinaria*. Escritos N°2. En "Demencias. Problemática psicosocial"
- JE. de la Rubia Ortí, P. Sancho Espinós y Cabañés Iranzo (2014) *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*. (European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, N° 2 (Págs. 131-140)
- López-Álvarez. J, Agüera-Ortiz. L. (2015). *Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría*. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer; Fundación Cien-Fundación Reina Sofía; Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España
- Manes, F y Nitro, M (2014). *Usar el cerebro. Conocer nuestra mente para vivir mejor*. Editorial Plantea. Buenos Aires.
- Mercadal-Brotons, M, Martí, P (2008), *La musicoterapia en las demencias. Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Monsa-Prayma, España. pp. 5-14
- Molina Arévalo, B.M (2021). *Importancia de la musicoterapia y arte terapia en pacientes con Alzheimer*. Universidad central del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Discapacidad.
- Pérez Fernández, R (2013) *Demencias, salud mental y exclusión social*. En: De León, N (Coord.) *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo. Psicolibros Waslala
- O.M.S. (2023) extraído de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñoz-Schwochert, (2012)
- Rodríguez Uribe, A. F, Valderrama Orbegoza, L. J, y Molina Linde, J. M. (2010). *Intervención psicológica en adultos mayores*. Psicología desde el Caribe.
- Valls-Pedret C, Molinuevo JL, Rami L. (2010) *Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica*. Revista de Neurología
- V. Vidal, M. Ruiz Terradas, SM. Serra Vila (2014-2015) *¿Qué aporta la musicoterapia al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer?* Trabajo de investigación. Colegio La Vall, Bellaterra. Barcelona.
- Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia* (2011). Panorama Cuba y Salud, vol. 6, núm. 2-3, pp. 20-25 Escuela Latinoamericana de Medicina Ciudad Habana, Cuba.