

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



## **TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMERÍA**

### **MUSICOTERAPÍA EN LA DEMENCIA: REVISIÓN NARRATIVA**

**Curso académico 2019 /20**

**Director(es): Sofía Martínez Blanc.**

**Tutora: Carmen de Labra.**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora, Carmen de Labra, por haber tutorizado y orientado el proyecto. A continuación, agradecer a la universidad da Coruña por haberme facilitados los medios necesarios para llevar a cabo este Trabajo Final de Grado, ya que, de no ser así, no me habría sido posible disponer de los medios que me han ayudado a desarrollar esta investigación.

Una vez dadas las gracias, a mi Universidad y directora, me gustaría agradecer a todos los investigadores que han hecho de su esfuerzo, dedicación y trabajo, posible la investigación sobre la temática tratada en mi proyecto. Sin ellos y las barreras que han tirado a su paso, además de sus hallazgos, no hubiese sido posible siquiera plantearme la temática a tratar.

Por último, y no por ello, menos importante, gracias a mi familia y amigos que han supuesto en todo momento un importante apoyo moral, ayudándome a superar los obstáculos a nivel psicológico que un proyecto de tal envergadura lleva consigo.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO</b> .....	9
<b>2. DESARROLLO (METODOLOGÍA)</b> .....	14
<b>2.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b> .....	14
<b>2.2. ANÁLISIS DE LA TABLA.</b> .....	25
<b>3. CONCLUSIONES</b> .....	27
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	30
<b>ANEXOS</b> .....	34

## ÍNDICE DE TABLAS

*Tabla 1. Principales síntomas psicológicos y conductuales de la demencia*  
**11;Error! Marcador no definido.**

*Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa* 15.

## RESUMEN

En la actualidad, las terapias no farmacológicas como lo es la musicoterapia han despertado interés en el efecto terapéutico en el campo de las demencias. En el presente estudio se han realizado una revisión narrativa para analizar su efectividad en las alteraciones conductuales como la agitación en aquellas personas que sufren demencia. Se han seleccionado un total de 18 artículos, que juntos forman una muestra de 747 participantes con demencia, con una edad media total de 75,59 años.

Tras la aplicación de sesiones de musicoterapia se observan mejoras en: síntomas cognitivos y conductuales (depresión, irritabilidad, agitación, ansiedad, delirios, inquietud), en la movilidad y deambulación, y relaciones sociales. Con estos resultados podemos concluir que la musicoterapia resulta efectiva para reducir la agitación en pacientes con demencia y favorece, por tanto, su calidad de vida.

**Palabras clave:** Musicoterapia, agitación, demencia.

## RESUMO

Na actualidade, as terapias non farmacolóxicas como a musicoterapia despertaron interese no efecto terapéutico no campo das demencias. No presente estudo, realizouse unha revisión narrativa para analizar a súa efectividade nas alteracións conductuais como a axitación naquelas persoas que sofren demencia. Seleccionáronse un total de 18 artigos, que xuntos forman unha mostra de 747 participantes con demencia, con unha idade media total de 75,59 anos.

Tras a aplicación de sesións de musicoterapia obsérvanse melloras en síntomas cognitivos e conductuais (depresión, irritabilidade, axitación, ansiedade, delirios, inquietude), na mobilidade e deambulación e relacións sociais. Con estos resultados podemos concluir que a musicoterapia resulta efectiva para reducir a axitación en pacientes con demencia e favorecer a súa calidade de vida.

**Palabras clave:** Musicoterapia, axitación, demencia.

## ABSTRACT

Currently, non-pharmacological therapies such as music therapy have aroused interest in the therapeutic effect in the field of dementia. In the present study, a narrative review has been carried out to analyze its effectiveness in behavioral disorders such as agitation in those who suffer from dementia. A total of 18 articles have been selected, which together form a sample of 747 participants with dementia, with a total mean age of 75.59 years.

After applying music therapy sessions, improvements were observed in: cognitive and behavioral symptoms (depression, irritability, agitation, anxiety, delusions, restlessness), in mobility and ambulation, and social relations. With these results we can conclude that music therapy is effective in reducing agitation in patients with dementia and favoring their quality of life.

**Key words:** Music therapy, agitation, dementia

**ÍNDICE DE ACRÓNIMOS**

Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders	DSM-V
Asociación Americana de Psiquiatría	APA
Enfermedad de Alzheimer	EA
Degeneración del lóbulo frontotemporal	DFT
Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia	SPCD
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	BPSD
Cohen-Mansfield Agitation Inventory	CMAI
Neuropsychiatric Inventori	NPI
Behavioral Patology in Alzheimer's Disease Ratin Scale	BEHAVE-AD
Musicoterapia	MT
Global Music Aproach to Dementia	GMA-D
Programa de musicoterapia y actividades	MAP
Musical Dual-task Training	MDTT



## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La cognición es la capacidad que nos permite desarrollar nuestra vida diaria, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando la información del ambiente para recordarla y utilizarla posteriormente. Esta capacidad se mantiene durante los años de vida permitiéndonos a su vez cumplir con las funciones sociales y mantener nuestra autonomía. Sin embargo, ciertas personas pueden ver afectada su cognición por un envejecimiento patológico pudiendo presentar diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores [1].

La demencia es considerada una de las principales causas de un envejecimiento patológico. Este concepto engloba determinados estados mentales patológicos que pueden tener múltiples etiologías y cursan con disfunción cerebral difusa o multifocal. Por tanto, la demencia se podría definir como un síndrome adquirido que provoca una alteración difusa persistente de las funciones mentales superiores que produce incapacidad funcional [2].

Los distintos tipos de demencias tienen dos características fundamentales: por un lado, el deterioro de las capacidades cognitivas y de la conducta y, por otro, la interferencia con el trabajo y las actividades diarias [3]. Esta patología aparece con más frecuencia en personas mayores de 55 años. Aun así, estas disfunciones cognitivas no son exclusivas de personas de mayor edad, sino que también están presentes en adolescentes y adultos jóvenes, como consecuencia de traumatismos craneoencefálicos. También puede manifestarse en adultos de mediana edad con problemas de alcoholismo e incluso a cualquier edad si se padece de enfermedades neurodegenerativas hereditarias o adquiridas [4].

La demencia junto con sus criterios diagnósticos se incluye en la actual edición del DSM-V (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) publicada por la *Asociación Americana de Psiquiatría* (APA). La utilización de los criterios diagnósticos que incluye este manual ha permitido adoptar un marco de referencia conjunto y estándares diagnósticos fiables. Se recoge en el apartado de “*Trastornos Neurocognitivos*” bajo el término “*Trastorno neurocognitivo grave o leve*” debiéndose especificar si es:

Enfermedad de Alzheimer (EA), degeneración del lóbulo frontotemporal (DFT), enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamento, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples o no especificado (Anexo I).

En cuanto a las fases iniciales de la demencia destaca el deterioro progresivo de la memoria, asociado a la aparición de un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de razonamiento y de otras funciones corticales superiores (afasia, apraxia y agnosia), además de importantes cambios de la personalidad. Dentro de las demencias la EA es la demencia más frecuente, manifestándose en el 80% de mayores de 65 años, seguido de la demencia vascular, DFT y demencia por cuerpos de Lewy. Además, es importante mencionar que son frecuentes los casos mixtos [5].

Aunque el deterioro cognitivo es la característica clínica de la demencia, también se manifiestan síntomas neuropsiquiátricos asociados bastante comunes. Por tanto, los síntomas psicológicos y del comportamiento que se presentan en el curso de las demencias han sido parte integrante de la descripción de estas enfermedades. Estos síntomas son importantes como factores desencadenantes de institucionalización y de estrés en los cuidadores. Sin embargo, son tratables y permiten una consecuente mejora en la calidad de vida del paciente y de su entorno [6].

En la línea de estos síntomas asociados, es importante mencionar que, en 1996, la conferencia de consenso convocada por la *Asociación Internacional de Psicogeriatría* acuñó el término “*síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD)*” (En inglés: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia BPSD*), definiéndolos como síntomas de trastornos en la percepción, contenido del pensamiento, ánimo y conducta que frecuentemente ocurren en pacientes con demencia. Los SPCD pueden aparecer prácticamente en cualquier momento de la enfermedad, con un patrón de agrupación muy variable [7]. Las principales síntomas psicológicos y conductuales de la demencia se explican detalladamente en la Tabla 1.

Tabla 1. Principales síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Clasificación	Síntoma	Definición
<b>Síntomas psicológicos</b>	Delirios	Creencias o narraciones falsas o erróneas como interpretaciones, identificaciones, delirios y fabulaciones.
	Ilusiones y alucinaciones	Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones), que pueden ser de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático, etc.
	Depresión	Puede incluir síntomas depresivos como tristeza, anhedonia, falta de esperanza, sentimiento de ser una carga, etc., o depresión mayor.
	Ansiedad	Miedo o sentimiento de pérdida de control.
	Apatía	Falta de interés, motivación, emoción y/o preocupación.
<b>Síntomas conductuales</b>	Agresividad	Conductas físicas o verbales que pueden causar daño físico o psicológico, o cualquier tipo de oposición o resistencia no justificadas al recibir ayuda necesaria.
	Desinhibición	Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas y/o alteración comportamiento sexual.
	Agitación	estado desagradable de emoción, excitación extrema, inquietud.
	Hiperactividad motora	Deambulación errática y/o otra actividad motora inapropiada.
	Vocalizaciones repetidas	Repetición de actos, quejas y preguntas molestas, no relacionadas con cambios en el paciente o entorno.
	Alteración del sueño	Alteración del ciclo fisiológico de sueño/vigilia, insomnio, sueño fragmentado, etc.
	Aumento/disminución del apetito	Negación a comer, apetito elevado, comidas "raras", etc.

Entre los diferentes síntomas previamente mencionados, este trabajo se centra específicamente en la agitación. Es un síntoma muy persistente en el transcurso de la evolución de las demencias y, además, causa un grado de malestar severo en los pacientes y sus familiares y cuidadores, siendo un predictor importante de maltrato e

institucionalización, lo que lo transforma en un síntoma relevante del cuadro, que se hace necesario tratar [8].

La agitación se define como un trastorno conductual que implica agresión, hostilidad, gritos, hiperactividad y/o desinhibición. Este término incluye una actividad motora, vocal o verbal inapropiada, que no tiene una explicación causal. La conducta agitada no es útil en sí misma para el paciente y afecta los esfuerzos de ayuda [9]. Es un síntoma que representa un grave problema para el propio paciente, para los familiares, cuidadores y el entorno en general [10].

Existen múltiples instrumentos de evaluación de la agitación y otros trastornos comportamentales para pacientes de edad avanzada con o sin demencia. Uno de los instrumentos más asentados para la valoración de agitación es el *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*, consiste en una escala de 29 ítems para evaluar sistemáticamente la agitación (Anexo II). Otro de ellos es el *Neuropsychiatric Inventori (NPI)* que trata de una entrevista estructurada cuyo objetivo es obtener información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales en pacientes con alteraciones cerebrales (Anexo III). Por último, la *Behavioral Patology in Alzheimer's Disease Ratin Scale (BEHAVE-AD)* es un instrumento de cribado para la detección de sintomatología conductual en pacientes con demencia tipo Alzheimer (Anexo IV).

En lo que se refiere al manejo de la agitación en la demencia se incluyen las **medidas farmacológicas y no farmacológicas**. La evidencia médica indica que los problemas de conducta de las personas mayores con demencia son normalmente manejados con medicamentos, pero estos tratamientos farmacológicos presentan riesgos de sufrir efectos secundarios. Si bien es cierto que no curan la demencia, parece que sí tienen cierta eficacia sobre la ralentización de la progresión del deterioro, además de ayudar a controlar la psicopatología asociada. Sin embargo, actualmente existe una amplia gama de estrategias no farmacológicas para tratar los problemas de conducta, entre las que destaca la intervención con la **música** [11].

La musicoterapia está definida por *la Federación Mundial de Musicoterapia* como el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un individuo o grupo, en un proceso diseñado para facilitar y promover diversos elementos como comunicación, relaciones, aprendizaje,

movilización, expresión, organización [12]. El fundamento de la terapia musical se encuentra en los efectos moduladores que ejerce la música en aspectos vitales, tales como: atención, percepción, emoción, las habilidades motoras/conductuales y las habilidades sociales [13].

La finalidad de la aplicación de la musicoterapia es que, mediante este acto de comunicación a través de la música, se promueva un cambio terapéutico en el paciente mediante un lenguaje universal que garantiza el acceso a todos los individuos. Tal ha sido el avance en los últimos años que su campo de actuación es muy amplio y diverso, pudiendo aplicarse en áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, educación, salud mental y rehabilitación [14]

La música pone en marcha procesos sensoriales, atencionales y mnésicos, activan parte del sistema de neuronas espejo y potencian la integración multisensorial y la plasticidad cerebral [15]. Muy escasas actividades activan el cerebro de forma tan global como la música. Por esta razón, la terapia con música permite cambios en distintos ámbitos:

- Cognitivo-emocional, pues permite la mejora en la autoestima y la sensibilización afectiva.
- Psicofisiológico, ya que promueve el desarrollo psicomotor y sensorio-perceptivo.
- Espiritual, mediante un enriquecimiento interior y trascendencia.
- Social, mejorando la comunicación interpersonal y la aceptación social.

La musicoterapia está cobrando en los últimos tiempos gran relevancia en el campo de la neurogeriatría, sobre todo por sus potenciales aplicaciones en el ámbito de las demencias [15]. Por esta razón, el objetivo de la presente revisión es conocer los beneficios de la musicoterapia sobre la agitación en los pacientes que padecen demencia.

## **2. DESARROLLO (METODOLOGÍA)**

### **2.1. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa en las siguientes bases de datos: Pubmed, Researchgate y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: “Music therapy”, “agitation” y “dementia” de forma conjunta o individual.

Se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos en inglés o español
- Muestras en la que la edad de los sujetos fuera de 40 años o más
- Que los sujetos de las muestras estuvieran diagnosticados con demencia
- Artículos que plantean en sus objetivos analizar el uso de la musicoterapia en personas con demencia

En los artículos finalmente incluidos para la revisión se recogió información sobre distintos elementos: autor, año de publicación, diseño de estudio, tamaño de la muestra, objetivo de los estudios, uso de la musicoterapia y los resultados de dichas intervenciones.

Tras la lectura del resumen de los artículos encontrados, finalmente fueron escogidos 18 para la presente revisión. Juntos forman una muestra total de 747 participantes con demencia, con edad media de 75.59 años. Están ordenados por año de publicación y contiene la siguiente información: autor, diseño, muestra, objetivo, intervención y resultados.

Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa

AUTOR	DISEÑO	MUESTR A	OBJETIVO	INTERVENCIÓ N	RESULTADO S
1. <b>Brotons et al. (1996)</b>	Estudio de investigación	N=20 residentes de un rango de edad de 70- 96 años con EA y presencia de agitación	Examinar los efectos de la musicoterapia en vivo sobre el comportamiento de agitación de pacientes con EA durante y después de la intervención de musicoterapia	Los sujetos se agrupaban en grupos de tres o cuatro personas y asistían a sesiones dos veces por semana con una duración de 30 minutos. Con un total de 5 sesiones de MT. Estas incluyeron actividades musicales adaptadas al nivel de funcionamiento de los sujetos. (cantar, danza, instrumentos, juegos musicales y composición)	Los resultados muestran que los sujetos estaban significativamente menos agitados durante la MT
2. <b>Gerdner et al. (1997)</b>	Estudio piloto preexperiment al pre/posttest.	N=5 pacientes mujeres con una media de edad de 90.8 años con demencia y síntomas de agitación y confusión.	Evaluar el efecto inmediato y residual (después de una hora) de los efectos de la musicoterapia individualizada en los pacientes mayores con comportamientos agitados.	Durante la primera semana del estudio se llevó a cabo la medición de la agitación mediante Cohen-Mansfield. La segunda semana se intervino con musicoterapia en una franja horario de 3.30 y 4.00h de la tarde, las pacientes escuchaban música través de un casete.	El efecto de la intervención no era significativo inmediatamente después de la intervención, pero sí que lo era al cabo de una hora de escucha. Esto se debe a que el tiempo procesamiento de la información es mayor en mayor y por eso el efecto es tardío.

**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

<b>AUTOR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>3. Jennings et al. (2002)</b>	Ensayo clínico	N=16 ancianos con Alzheimer con un rango de edad entre 78-80 años	Averiguar si una terapia musical de 30 minutos de duración podría disminuir los periodos de agitación a corto plazo en los participantes.	Habilitó una sala para la aplicación de musicoterapia mediante un musicoterapeuta. Se realizaron diferentes actividades como canto de viejas canciones y proporcionar instrumentos. La clase tenía una duración de 30 minutos.	Los resultados sugieren que la musicoterapia puede disminuir la agitación durante un breve periodo de tiempo, además puede reducir comportamientos específicos como la deambulacion, inquietud, agitación física e interrupción verbal.
<b>4. Brotons et al. (2003)</b>	Proyecto piloto	N=14 parejas (paciente-cuidador) La edad media de los pacientes era de 75.67 años con Alzheimer.	Demostrar algunas de las aplicaciones de la musicoterapia y medir de manera más sistemática algunos de los efectos de la musicoterapia en personas con un diagnóstico probable de Alzheimer y trastornos relacionados (ADRD) y sus cuidadores	Los pacientes pasaron 12 días en una casa rural donde recibieron un total de 10 sesiones de musicoterapia que incluía: la escucha de música, tocar instrumentos e incorporación de danza	Se produjeron cambios positivos como la mejora del comportamiento social y estado emocional. También hubo mejoría en el área motora.



**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

<b>AUTOR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>5. Vink et al. (2004)</b>	Estudio controlado aleatorizado	N=74 participantes que viven en una residencia de ancianos	Se pretende comparar la musicoterapia con actividades recreativas generales	Periodo de 4 meses donde los residentes participan en sesiones grupales pequeñas con un mínimo de 5 personas y reciben sesiones de musicoterapia con una duración de 40 minutos y dos veces a la semana.	Aquellos pacientes que recibieron musicoterapia mostraron reducciones significativas en los BPSD desde el comienzo en comparación con aquellos que realizaban actividades recreativas
<b>6. Svansdottir et al (2007)</b>	Estudio de caso y control	N= 38 participantes con Alzheimer moderado o grave. El rango de edad de los participantes era entre 71 y 87 años. Fueron divididos en dos grupos: de control (N=18) o grupo de musicoterapia (N=20)	Evaluar el efecto de la musicoterapia en BPSD en pacientes con enfermedad del Alzheimer en las etapas: moderada y severa.	El grupo de terapia recibió 18 sesiones de musicoterapia, cada una con una duración de 30 minutos, tres veces por semana durante 6 semanas.	Después de las 6 semanas hubo una disminución significativa en el grupo de terapia, pero no en el grupo de control. Hubo una reducción significativa de alteración de la actividad, agresividad y ansiedad en el grupo de terapia.

**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

<b>AUTOR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>7. Raglio et al. (2008)</b>	Ensayo controlado	N=59 pacientes con demencia en un rango de edad entre 73-95 años. Estos fueron divididos en dos grupos: grupo de control (29) y grupo experimental (30)	Evaluar efectividad de la musicoterapia en la reducción de los BPSD en sujetos con demencia.	El grupo experimental recibió 30 sesiones de MT (16 semanas de tratamiento), mientras que el grupo control recibió apoyo educativo o actividades de entretenimiento. La duración de las sesiones era de 30 minutos.	Demostró la efectividad para reducir BPSD en los sujetos severamente afectados con demencia y también se descubrió una mejoría en la relación paciente-musicoterapeuta. La eficacia de los resultados persistió 1 mes después y los síntomas más beneficiosos fueron: Delirios, agitación, ansiedad, apatía, irritabilidad y actividad motora.
<b>8. Cooke et al. (2010)</b>	Ensayo controlado aleatorio con diseño cruzado.	N=47 personas mayores que presentaban demencia leve	Explorar el efecto de la música en agitación, emoción y calidad de vida de las personas mayores con demencia.	La intervención fue un programa de música grupal en vivo llevado a cabo por dos músicos. Cada sesión era de 30 minutos de canciones familiares y 10 minutos de música instrumental para una escucha activa. Se eligieron sesiones de música grupales en lugar de intervenciones individuales.	Hubo falta de hallazgos significativos y no tuvo éxito en encontrar el valor terapéutico de la música para mejorar la agitación y ansiedad.

**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

<b>AUTOR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>9. Raglio et al. (2010)</b>	Estudio controlado aleatorizado	N=60 pacientes con demencia con edades entre 75-99 años	Evaluar la eficacia de musicoterapia basado en 3 ciclos de trabajo de un mes espaciados por un mes sin tratamiento en pacientes con demencia severa.	Se llevaron a cabo 3 ciclos de 12 sesiones de musicoterapia durante tres veces por semana, en un tiempo total de 6 meses	Los resultados concluyeron que 3 ciclos redujeron los BPSD en aquellos sujetos con demencia severa. Sobre todo, en la ansiedad, depresión, agitación, apatía e irritabilidad.
<b>10. Han et al. (2010)</b>	Estudio de control naturalista	N= 45 participantes de una edad media de 78.5 años con Alzheimer o demencia vascular	Investigar si una terapia musical menos intensiva, una vez a la semana y un programa basado en actividades puede mejorar los síntomas conductuales y depresivos en las personas con demencia, con el beneficio correspondiente de la carga del cuidador.	El programa de musicoterapia y actividades (MAP) es un programa continuo en el centro para personas con demencia moderada. Los participantes recibían 1 vez por semana durante 8 semanas sesiones de 6 horas de actividades estructuradas en un grupo con máximo de 8 personas. Se pretendía proporcionar mejoras en los síntomas cognitivos y conductuales y fomentar el ejercicio.	Los resultados del estudio mostraron que una sesión semanal de música y programación basada en actividades durante 8 semanas dio mejoras significativas de los síntomas conductuales y depresivos en las personas con demencia. Además, mejoraba el estado de ánimo y tenía un efecto social positivo.

**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

<b>AUTOR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>11. Ridde et al. (2013)</b>	Ensayo cruzado, pragmático, exploratorio, controlado y aleatorio	N=42 pacientes con demencia con rango de edad entre 66-96 años. Se dividió en grupo de control (N=21) y grupo de intervención (N=21)	Examinar la musicoterapia individual sobre la frecuencia de la agitación y disrupción de la agitación en personas con demencia moderada-severa, que vive en residencias de ancianos.	Aplicación de musicoterapia, durante 12 semanas, entre ellas, 6 semanas se de manera individual y las otras 6 en grupo. Las actividades que se llevaban a cabo eran: instrumental, canto, escuchar, baile y otras actividades (hablar, salir a caminar).	Este estudio mostro que 6 semanas de musicoterapia redujo los puntajes promedios de disrupción de la agitación en personas con demencia, en comparación con la atención estándar. Otro hallazgo fue que no hubo un aumento en la prescripción de medicamentos.
<b>12. Hsu, et al. (2015)</b>	Ensayo controlado aleatorio por conglomerados	N=17 participantes de dos residencias de ancianos que estén diagnosticados con demencia y que fueran mayores de 40 años.  Se dividieron en grupo estándar (N=8) y grupo de intervención (N=9)	Explicar los componentes interactivos de la musicoterapia individual. Además de contribuir a las brechas de conocimiento y explicar cómo la musicoterapia se relaciona con el contexto de la atención.	El grupo de intervención recibió musicoterapia activa una vez por semana, durante un periodo de 5 meses. Cada sesión de 30 minutos estaba impartida por un musicoterapeuta que utilizó expresiones musicales, vocales, corporales y faciales para que sirvieran como señales afectivas para desencadenar reacciones emocionales.	El estudio sugiere beneficios del programa de musicoterapia en los síntomas de la demencia. Se asoció a mayor nivel de bienestar, así como mejora en los síntomas neuropsiquiátricos.

Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.

AUTOR	DISEÑO	MUESTRA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<b>13. Gómez et al. (2015)</b>	Ensayo clínico	N=42 pacientes totales de los cuales 25 sujetos presentaban demencia leve y los otros 17 una demencia moderada. Con una edad media de 77.5 años	Conocer el perfil de mejoría clínica que experimentan los pacientes con enfermedad de Alzheimer con la aplicación de una intervención de musicoterapia	La muestra se dividió en dos grupos y se evaluaron las preferencias musicales. Cada grupo recibió 2 sesiones semanales de musicoterapia de 45 minutos. Cada sesión incluía canción de bienvenida, actividades de acompañamiento rítmico y con instrumentos musicales, movimientos, juegos de reconocimiento y canción de despedida. Se llevaron a cabo un total de 12 sesiones.	Se observaron mejoría significativa en delirios, alucinaciones, irritabilidad, y agitación en los pacientes con demencia moderada.
<b>14. Ray et al. (2015)</b>	Estudio de diseño exploratorio	N=132 pacientes entre 58 - 101 años que tenían demencia severa	El objetivo de este estudio era averiguar si la participación en la musicoterapia de los grupos pequeños reducirá el nivel de depresión, agitación y conductas errantes después de dos semanas de tratamiento en pacientes con demencia severa.	Consistía en 3 sesiones de musicoterapia por semana, durante dos semanas con un total de 6 sesiones que tenían una duración de 15 minutos o 1 hora. Incluían actividades como música y movimiento, canto y tonal (instrumental)	La agitación se redujo significativamente e justo después de las intervenciones y perduró después de dos semanas.

AUTOR	DISEÑO	MUESTRA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<b>15. Ray et al (2016)</b>	Estudio de investigación	N=28 adultos entre 59-101 años con demencia aceptaron participar en el estudio.	Proporcionar evidencia de la efectividad de una intervención de musicoterapia para reducir los BPSD en las personas mayores con demencia moderada-severa.	Sesiones de musicoterapia tres veces por semana, durante 2 semanas. Se formaron grupos pequeños de 4-6 participantes, y se llevaban a cabo actividades como canto, música, movimiento, y actividades tonales, con una duración de 15 minutos a una hora de sesión.	Se comprobó que la musicoterapia contribuyó a reducir significativamente a la agitación en comparación a las puntuaciones previas a la intervención.
<b>16. Raglio et al. (2018)</b>	Estudio de caso y control	N=1. Mujer de 84 años con demencia y con BPSD	Aplicación del modelo GMA-D destinado a introducir intervenciones musicales con el fin de reducir los BPSD y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia.	A las dos semanas, de haber evaluado clínicas y observado las actividades diarias, se introdujo GMA-D, que se incluyeron 4 actividades: canto del cuidador (se llevaban a cabo diariamente), actividad motora grupal con música (30 minutos y 1 vez por semana), intervenciones grupales basadas en música, uso de instrumentos, canto, etc. (una vez por semana y 40 minutos)	Reducieron las alteraciones de comportamiento, la paciente se encontraba más relajada.

**Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.**

AUTOR	DISEÑO	MUESTRA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
17. <b>Chen et al (2018)</b>	Estudio aleatorizado, controlado, abierto y de grupos paralelos.	N= 30 participantes con un rango de edad de 55 o más años y con demencia leve o moderada.	Tiene como objetivo impulsar el desarrollo de la musico terapia para deterioro funcional en la demencia leve y moderada	Se programó que cada participante recibiera intervenciones en un periodo de dos meses. Se llevaron a cabo 8 sesiones semanales individuales de 60 minutos siguiendo el protocolo MDTT. Consistía en un entrenamiento de doble tarea que involucra una tarea cognitiva y física al mismo tiempo. Como, por ejemplo, cantar y caminar a la vez. 2	Respecto a la agitación se demostró un mejor control. Además, también se demostró un aumento significativo en el control de la atención, siendo el primer artículo que demuestra que la musicoterapia de doble tarea puede mejorar la función de atención en personas con demencia. Otros hallazgos fueron mejora del equilibrio y aumentos de la velocidad en la caminata y longitud de zancada.

<p><b>18. Schroeder et al. (2018)</b></p>	<p>Estudio prospectivo controlado y no aleatorizado</p>	<p>N=41 participantes mayores de 60 años con agitación. Formaron el dos grupos, de control (N=20) y de intervención musical (N=21)</p>	<p>Evaluar la efectividad de una intervención individualizada basada en la música sobre los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes hospitalizados en una unidad de salud conductual geriátrica debido a la agitación aguda o a la alteración del comportamiento.</p>	<p>Se dividió la muestra en dos grupos, uno de control que seguía el tratamiento habitual y el que recibía un tratamiento individualizado de música. Se crearon listas de reproducción que fueron elegidas según las preferencias musicales de los participantes y se les administró un iPod con auriculares que debían escuchar música al menos durante 30 minutos en la última hora de la mañana.</p>	<p>Los resultados obtenidos fueron que el en grupo de intervención tuvo menos agitación, mejor estado de ánimo y menos resistencia al cuidado en comparación al grupo que siguió con el tratamiento de costumbre.</p>
---	---	--	--	---	---



## 2.2. ANÁLISIS DE LA TABLA.

Los resultados de los diferentes estudios seleccionados para la presente revisión arrojan resultados favorecedores para la musicoterapia. Aunque existan diferencias en el diseño y procedimiento, todos incluyen a personas mayores con demencia y que son sometidos a sesiones de terapia basadas en la música.

En primer lugar, las muestras de los estudios seleccionadas tienen tamaños diferentes siendo la de menor cantidad de 1 (Raglio et al., 2010) y la de mayor cantidad de 132 (Svansdottir et al., 2007). Los rangos de edad de las muestras escogidas se encuentran entre los 40 (Hsu et al., 2015) y 101 años (Ray et al., 2016) con una media total de edad de 75.59.

Si hacemos referencia a la forma en la que se han llevado a cabo las sesiones de musicoterapia, podemos decir que a excepción de dos artículos donde se lleva a cabo sesiones individualizadas (Schroeder et al., 2018) (Ridder et al., 2013), el resto trata de sesiones grupales. Los sujetos de los distintos estudios son sometidos a distintas actividades relacionadas con el ámbito de la música, las más comunes son el canto, movimiento, tocar instrumentos, juegos musicales, ritmo o escucha de música ya sea en CD (Gerdner et al., 1997), casete (Sung et al., 2006) o por auriculares (Schroeder et al., 2018). Resaltamos otros tipos de intervención como son:

**Modelo GMA-D** (Global Music Approach to Dementia) (Raglio et al., 2018) que incluye diferentes actividades musicales (canto cuidador, escucha de música individualizada, música de fondo, etc.). e incluye sesiones de musicoterapia. El objetivo del modelo es introducir intervenciones musicales sobre las bases clínicas y necesidades y objetivos terapéuticos de rehabilitación después de evaluar a la persona con demencia. Los pasos que se siguen son:

- Evaluación clínica por el musicoterapeuta y personal de atención médica, centrándose en las necesidades y habilidades residuales de la persona.
- Elección de intervenciones musicales adecuadas y personalizadas entre las del modelo GMA-D (al menos tres intervenciones).
- Evaluación rigurosa de cada actividad musical y de las condiciones clínicas.

- Una continua flexibilidad y ajuste del modelo teniendo en cuenta los cambios clínicos que ocurren con el tiempo.

Este modelo permite adaptar y modular la intervención terapéutica según las necesidades del paciente. Tuvo efecto significativo sobre los BPSD y pudo llegar a tener efectos sobre aspectos cognitivos y reducir la terapia farmacológica, sin embargo, se requieren más estudios.

Por otro lado, el tipo de intervención que plantea el estudio (Han et al., 2010) es el **programa de musicoterapia y actividades (MAP)** que tiene como objetivo proporcionar una rutina estructurada, fomentar ejercicio físico y la estimulación cognitiva, explorar capacidades e intereses conducidas por musicoterapeutas. Los sujetos que participaron recibieron 6h de actividades estructuradas en un grupo de no más de 8 personas durante 8 semanas. Una sesión típica era ejercicios de calentamiento y estiramiento por la mañana. Seguido de la actividad “destacada” del día, que fue distinta en las 8 semanas. Después de un descanso para almorzar, se llevaban a cabo actividades musicales basadas en las necesidades y preferencias de los sujetos. Finalmente, los resultados fueron beneficiosos para los síntomas conductuales y depresivos.

Por último, **entrenamiento musical de doble tarea (MDTT)** (Chen et al., 2018) plantea una mezcla entre tareas musicales y unas tareas físicas (caminar). La tarea musical comprendía dos tipos de actividades: cantar y tocar instrumentos musicales de percusión simples. Cada una de estas actividades tenía dos versiones con diferentes niveles de atención. Para la música los pacientes crearon música usando su propio ritmo y recibieron señales visuales o auditivas del terapeuta. En la tarea de caminar, lo hacían hacia delante o hacia los lados. Entre ambas tareas, de caminar y musical existían 8 combinaciones posibles de actividades de doble tarea, que iban desde canciones familiares+ cambiar (carga cognitiva más leve) hasta tocar un instrumento de madera contingente + dar pasos laterales (carga cognitiva más alta). Por tanto, los participantes son desafiados con diferentes cargas cognitivas por los musicoterapeutas para mejorar las capacidades de estos. Los resultados de este entrenamiento condujeron a un aumento del control de la atención durante 8 sesiones individuales de 60 minutos. En cuanto a los comportamientos agitados, el grupo de intervención mantuvo los niveles de

agitación antes y después del entramiento, mientras que las actividades del grupo de control provocaron un aumento significativo de la agitación.

En todos los estudios las intervenciones se traducen en sesiones de musicoterapia, que varían en cuanto a duración. Entre los artículos la intervención más breve es 12 días (Brotons et al., 2003) y la más larga de 5 meses (Raglio et al., 2008; Hsu, et al., 2015). El tiempo de duración de la sesión también varía entre los diferentes estudios desde 30 minutos (Ray et al., 2016; Brotons et al., 1996; Sung et al., 2006; Gerdner et al., 1997; Svansdottir et al., 2007; Jennings et al., 2002; Hsu et al., 2015; Raglio et al., 2008), 40 minutos (Vink et al., 2004; Cooke et al., 2010; Raglio et al., 2018) 60 minutos ( Ray et al., 2015; Ray et al., 2016; Chen et al., 2018) a 6 horas el más largo (Han et al., 2010 ).

En relación con los resultados obtenidos en los estudios se han conseguido reducción en los síntomas neuropsiquiátricos, sobre todo la ansiedad, depresión, irritabilidad, delirios, ansiedad, apatía, y agitación. Además, se ha visto mejorado el rendimiento de la marcha y movilidad (Chen et al., 2018) (Svansdottir et al., 2017) (Jennings et al., 2002) (Brotons et al., 2003). En cuanto al ámbito cognitivo y social, se han visto favorecidas las relaciones sociales, la comunicación, expresión, afectividad, estado de ánimo y el nivel cognitivo, entre otros. (Brotonset al., 2003) (Gómez et al., 2016) (Schroeder et a., 2018). De manera que lo que se alcanza en la mayoría de estos estudios es mejorar los síntomas de la demencia y, por tanto, favorecer la calidad de vida de aquellas personas que sufren demencia.

### **3. CONCLUSIONES**

En este trabajo se ha investigado acerca de los efectos de la musicoterapia en las personas diagnosticadas con demencia. Los resultados obtenidos ponen en manifiesto que las intervenciones basadas en la música apoyan la efectividad de esta terapia para reducir los comportamientos agitados de las personas que sufren demencia.

Estas tienen presentes una serie de síntomas, conocidos como signos y síntomas conductuales (BPSD) que dan lugar a un deterioro de la calidad de vida, que provocan sufrimiento del paciente. Por tanto, es necesario su diagnóstico para emplear el tratamiento adecuado (farmacológico o no farmacológico). Dentro de estos síntomas encontramos la agitación, que se dan en el 90% de las personas con demencia moderada y grave (Salorio et al., 2009). Generalmente los cuadros de conductas agitadas se han tratado con fármacos (neurolépticos, benzodiazepinas, anticonvulsivos, betabloqueantes), pero ante sus efectos secundarios, las investigaciones se han centrado en la búsqueda de nuevos métodos no farmacológicos como alternativa a los fármacos. Entre ellos encontramos la terapia basada en la música.

Existen una serie de estudios que pretenden demostrar que la musicoterapia puede emplearse como una alternativa o un tratamiento coadyuvante al farmacológico para reducir la agitación.

Brotans y Picket-Cooper (1996) realizaron un estudio donde las sesiones de música se llevaban a cabo en grupos pequeños, y las actividades que llevaban a cabo eran; cantar, tocar instrumentos, baile, juegos musicales, y composición. Los resultados de este estudio se apoyaron en la efectividad de la musicoterapia para reducir significativamente la agitación. Posteriormente otros estudios algunos incluidos en esta revisión también apoyan validez los hallazgos de Brotans y Picket-cooper (1996) (Vink et al., 2004; Svansdottir et al., 2007; Raglio et al., 2008; Raglio et al., 2010; Han et al., 2010; Gómez et al., 2015; Ray et al., 2015; Ray et al., 2016; Chen et al., 2018)

Además, la musicoterapia no solo beneficia a las alteraciones relacionadas con el área conductual, sino que también se mostraron mejoras en las áreas cognitivas y social. (Brotans et al., (2003), Raglio et al., (2008), Han et al., (2010)).

Una de las cuestiones que se plantearon dos de los estudios es conocer el beneficio de las sesiones individualizadas. Ridder et al., (2013) y Schroeder et al., (2018) investigaron sobre este tema, siendo el objetivo de sus estudios conocer el efecto de la terapia individual en la agitación. Ridder et al., (2013) realizó un enfoque centrado en la persona donde el musicoterapeuta ajustaba las sesiones a las necesidades del paciente. Los resultados dieron lugar a una reducción de la agitación. Sin embargo, Schroeder et al.,

(2018) contempla la posibilidad de potenciar la eficacia de las sesiones individualizadas añadiendo otras estrategias de manejo del comportamiento, demostrando que, si al tratamiento de base de un paciente se le añade la intervención musical, mejoran los síntomas neuropsiquiátricos.

No obstante, aunque la mayoría de los estudios se llega a resultados que apoyan la efectividad de la musicoterapia, algunas de las intervenciones en los artículos incluidos revisados llevan a distintas conclusiones. Esto puede deberse a múltiples razones como el tamaño de la muestra, el diseño escogido para la realización del estudio, el proceso de intervención, la formación de los profesionales que lleven a cabo la intervención, la duración e intensidad de las sesiones de las intervenciones, la medición de los resultados, etc.

Teniendo en cuenta las limitaciones aportadas por los propios autores de los diferentes estudios podemos destacar algunas de ellas. Aun así, estas objeciones sirven como factores para tener en cuenta en investigaciones futuras, para poder llegar a conclusiones más potentes y fiables.

Una primera limitación sería la falta de efecto del tratamiento a largo plazo, dado que el máximo tiempo de intervención ha sido de cinco (Hsu et al., 2015) y seis meses (Raglio et al., 2010). Una segunda limitación falta de valores numéricos respecto a la edad de los pacientes (Vink et al., 2004). Otra limitación de esta revisión narrativa, podría ser la pérdida de documentos relevantes para el objetivo del trabajo, ya sea por descarte durante el proceso de selección de los documentos finales o por haber elegido unos criterios de selección discutibles a la hora de clasificar los resultados. Así como podría ser una debilidad el hecho de una interpretación errónea o incompleta de información por parte de la autora dado que la mayoría de los artículos se encontraban en inglés.

Como mencionaba anteriormente, los estudios analizados tienden a mostrar un efecto positivo de la musicoterapia en personas con demencia. El uso de esta técnica parece disminuir la incidencia y severidad de las alteraciones de la conducta y reduce el uso de fármacos. Si tenemos en cuenta los hallazgos en la literatura, la musicoterapia consiste en un enfoque interesante para las personas con demencia, puede integrarse en un

programa de apoyo multidisciplinario y además, también puede ser de gran valor para la familia del paciente y sus cuidadores.

Sin embargo, sigue habiendo escasez de estudios rigurosamente controlados. Aunque la eficacia de la musicoterapia en los trastornos conductuales y cognitivos parece confirmada, se necesitan más estudios, para conocer, por ejemplo, qué instrumentos se usan para cantar o tocar, o la implementación de nuevas tecnologías.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Leve, D. C. (2017). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52 (Supl 1), 3–6.
2. Garre Olmo, J. (2007). Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. *Alzheimer . ReallInvestDemenc*, 35(April), 4–114.
3. Slachevsky, A. (2016). *Las demencias: Historia, concepto, clasificación y dificultades diagnóstica. Salud mental y personas mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Retrieved from <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56111.pdf#page=38>
4. Argelaguer Martínez, & Arturo. (2010). Neuropsicopatología de la demencia. Psicopatología de los trastornos psicológicos y conductuales en la demencia, (June 2010), 0–37. <https://doi.org/10.13140/2.1.4601.3445>
5. Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & Guevara, D. L. De. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia . Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial Mood Disorders and Dementia . Clinical aspects and complementary studies in the differential. *Revista Clínica Las Condes*, 31(2), 150–162. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.001>
6. Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., & Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598–608. <https://doi.org/10.33588/rn.5510.2012370>

7. Pössel, G., & González-Hernández, J. (2010). Manejo Farmacológico de la Agitación en Demencia: Revisión Pharmacological Management of Agitation in Dementia: a Review. *Revista Memoriza.Com*, 6, 40–49. Retrieved from [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2010/agitacion2010\\_6\\_40-49.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2010/agitacion2010_6_40-49.pdf)
8. Slachevsky Ch, A., & Fuentes G, P. (2005). Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: Actualización terapéutica. *Revista Medica de Chile*, 133(10), 1242–1251. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872005001000015>
9. Fernández Gallego, V., Murcia Pérez, E., Sinisterra Aquilino, J., Casal Angulo, C., & Gómez Estarlich, M. C. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias (St. Vicenç Dels Horts)*, (January), 121–132.
10. Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & González López-Arza, M. V. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32(4), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
11. Vink, A. C., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003477.pub2>
12. María, D., Álvaro, G., Paloma, D., & Domínguez, R. (2015). Esta investigación fue financiada/realizada con la ayuda de ningún tipo de financiación. Asimismo, queremos agradecer el generoso esfuerzo del Prof. Dr. Robert Home en refinar el inglés utilizado en el abstract de este trabajo., 14(1), 1–44.
13. Vink, A. C., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003477.pub2>
14. María, D., Álvaro, G., Paloma, D., & Domínguez, R. (2015). Esta investigación fue financiada/realizada con la ayuda de ningún tipo de financiación. Asimismo, queremos agradecer el generoso esfuerzo del Prof. Dr. Robert Home en refinar el inglés utilizado en el abstract de este trabajo., 14(1), 1–44.
15. Hospital, Z., Miguel, U., & Zaragoza, S. (n.d.). Revisiones de vida en un envejecimiento activo, 504–511.

16. Sequera-martín, M., Miranda-pereda, C., Masegú-serra, C., Pablos-hernández, C., & González-ramírez, A. (2015). Musicoterapia en la demencia del paciente anciano, *5*(3), 93–100. Retrieved from [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503\\_0093\\_0100.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0093_0100.pdf)
17. Brotons, M., & Pickett-Cooper, P. K. (1996). The Effects of Music Therapy Intervention on Agitation Behaviors of Alzheimer's Disease Patients. *Journal of Music Therapy*, *33*(1), 2–18. <https://doi.org/10.1093/jmt/33.1.2>
18. Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical “relaxation” music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, *12*(1), 49–65. <https://doi.org/10.1017/S1041610200006190>
19. Jennings, B. (2011). The Short-Term Effects of Music Therapy on Different Types of Agitation in Adults with Alzheimer ' s The Short-Term Effects of Music Therapy on Different Types of Agitation in Adults with Alzheimer ' s, (911724993). <https://doi.org/10.1300/J016v26n04>
20. Brotons, M., & Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, *40*(2), 138–150. <https://doi.org/10.1093/jmt/40.2.138>
21. Hirsch, A. a. (2013). 290 Letters To the Editor February 2013–Vol. 61, No. 2 Jags, *61*(2), 290–292.
22. Svansdottir, H. B., & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics*, *18*(4), 613–621. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003206>
23. Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *22*(2), 158–162. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181630b6f>
24. Cooke, M. L., Moyle, W., Shum, D. H. K., Harrison, S. D., & Murfield, J. E. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours



- and anxiety in older people with dementia. *Aging and Mental Health*, 14(8), 905–916. <https://doi.org/10.1080/13607861003713190>
25. Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Gentile, S., ... Trabucchi, M. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging and Mental Health*, 14(8), 900–904. <https://doi.org/10.1080/13607861003713158>
26. Han, P., Kwan, M., Chen, D., Yusoff, S. Z., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2011). A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(6), 540–546. <https://doi.org/10.1159/000321668>
27. Hsu, M. H., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J., & Odell-Miller, H. (2015). Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: A cluster randomised controlled feasibility study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0082-4>
28. Gómez Gallego, M., & Gómez García, J. (2017). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>
29. Mittelman, M. S., & Ray, K. D. (2015). los residentes de hogares de ancianos con demencia Musicoterapia : un enfoque no farmacológico para el cuidado de la agitación y los síntomas depresivos para los residentes de hogares de ancianos con demencia.
30. Ray, K., Dassa, A., Maier, J., Davis, R., & Ogunlade, O. (2016). Caring for Individuals with Dementia on a Continuum: An Interdisciplinary Approach Between Music Therapy and Nursing. *Update on Dementia*, (September). <https://doi.org/10.5772/64663>
31. Chen, Y. L., & Pei, Y. C. (2018). Musical dual-task training in patients with mild-to-moderate dementia: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1381–1393. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159174>
32. Schroeder, R. W., Martin, P. K., Marsh, C., Carr, S., Richardson, T., Kaur, J., ... Jiwanlal, S. (2018). An Individualized Music-Based Intervention for Acute Neuropsychiatric Symptoms in Hospitalized Older Adults With Cognitive

Impairment: A Prospective, Controlled, Nonrandomized Trial. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141878312.  
<https://doi.org/10.1177/2333721418783121>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I. Criterios diagnósticos neurocognitivos mayores y leves.**

#### **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) basada en:
  - 1. 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.
  - 2. 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 asistencia 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 síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar debido a:

**Enfermedad de Alzheimer**

**Degeneración del lóbulo frontotemporal**

**Enfermedad por cuerpos de Lewy**

**Enfermedad vascular**

**Traumatismo cerebral**

**Consumo de sustancia o medicamento**

**Infección por VIH**

**Enfermedad por priones**

**Nota:** Código basado en una etiología médica o de una sustancia. En algunos casos existe la necesidad de usar un código adicional para un problema médico etiológico, que debe preceder inmediatamente al código del diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor.

Especificar:

**Sin alteración del comportamiento:** Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

**Con alteración del comportamiento:** (Especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p.ej. síntomas psicóticos, alteración del estado del ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales)

Especificar la gravedad actual:

**Leve:** Dificultades con las actividades básicas cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero)

**Moderado:** Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p.ej., comer, vestirse).

Trastorno neurocognitivo leve:

**Enfermedad de Parkinson**

**Enfermedad de Huntington**

**Otras afecciones médicas**

**Etiologías múltiples**

**No especificado**

### **Trastorno neurocognitivo leve**

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado 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) basada en :

1. 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
2. Deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p.ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir tratamientos, pero necesita un mayor esfuerzo o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej. trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar debido a:

**Enfermedad Alzheimer**

**Degeneración del lóbulo frontotemporal**

**Enfermedad por cuerpos de Lewy**

**Enfermedad vascular**

**Traumatismo cerebral**

**Consumo de sustancias o medicamentos**

**Infección por VIH**

**Enfermedad por priones**

**Enfermedad por Huntington**

**Enfermedad de Parkinson**

**Etiologías múltiples**

**No especificado**

**Nota:** Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar código 331.83(G31.84). No usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia.

Especificar:

**Sin alteración del comportamiento:** Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

**Con alteración del comportamiento** (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p.ej., síntomas conductuales, psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

**ANEXO II. Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield.**

1. Deambulación y marcha sin propósito.
2. Vestirse y desvestirse de forma inapropiada
3. Escupir
4. Decir taco o agresividad verbal
5. Petición constante de atención o ayuda injustificadamente
6. Repetición de frases o preguntas
7. Pegar patadas
8. Golpear
9. Agarrar a personas o a cosas de forma inapropiada
10. Empujar
11. Tirar cosas
12. Hacer ruidos
13. Morder
14. Arañar
15. Intentar irse a otro sitio
16. Tirarse al suelo intencionadamente
17. Quejarse
18. Negativismo

- 19.** Comer o beber sustancias inadecuadas
- 20.** Hacer daño a uno mismo o a otros
- 21.** Esconder cosas
- 22.** Almacenar cosas
- 23.** Romper o destrozar cosas
- 24.** Realizar manierismos de repetición
- 25.** Hacer proposiciones sexuales verbalmente
- 26.** Hacer proposiciones sexuales físicamente o mostrar genitales
- 27.** Agitación general
- 28.** Hacer movimientos raros o muecas



## ANEXO III. Inventario neuropsiquiátrico (NPI)

### **INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS- NPI**

**Trastornos neuropsiquiátricos: multiplicar frecuencia por gravedad**

(Máxima puntuación: 120)

Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Puntuación total				
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/distoria		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	

**Frecuencia:** 0=Ausente; 1=Ocasionalmente (menos de una vez por semana); 2= A menudo (alrededor de una vez por semana); 3=Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario); 4=Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

**Gravedad:** 1=Leve (provoca poca molestias al paciente); 2=Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador); 3= Grave (muy molesto para el paciente y difícil de redirigir)

## ANEXO IV. Inventario BEHAVE-AD

Appendix

507

## Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

### PART 1: SYMPTOMATOLOGY

**Assessment Interval: Specify: \_\_\_\_\_ wks.**  
**Total Score:**

- A. Paranoid and Delusional Ideation**
1. "People Are Stealing Things" Delusion
    - (0) Not present
    - (1) Delusion that people are hiding objects
    - (2) Delusion that people are coming into the home and hiding objects or stealing objects
    - (3) Talking and listening to people coming into the home
  2. "One's House Is Not One's Home" Delusion
    - (0) Not present
    - (1) Conviction that the place in which one is residing is not one's home (e.g., packing to go home; complaints, while at home, of "take me home")
    - (2) Attempt to leave domiciliary to go home
    - (3) Violence in response to attempts to forcibly restrict exit
  3. "Spouse (or Other Caregiver) Is an Imposter" Delusion
    - (0) Not present
    - (1) Conviction that spouse (or other caregiver) is an imposter
    - (2) Anger toward spouse (or other caregiver) for being an imposter
    - (3) Violence towards spouse (or other caregiver) for being an imposter
  4. "Delusion of Abandonment" (e.g., to an institution)
    - (0) Not present
    - (1) Suspicion of caregiver plotting abandonment or institutionalization (e.g., on telephone)
    - (2) Accusation of a conspiracy to abandon or institutionalize
    - (3) Accusation of impending or immediate desertion or institutionalization
  5. "Delusion of Infidelity"
    - (0) Not present
    - (1) Conviction that spouse and/or children and/or other caregivers are unfaithful
    - (2) Anger toward spouse, relative, or other caregiver for infidelity
    - (3) Violence toward spouse, relative, or other caregiver for supposed infidelity
  6. "Suspiciousness/Paranoia" (other than above)
    - (0) Not present
    - (1) Suspicious (e.g., hiding objects that he/she later may be unable to locate)
    - (2) Paranoid (i.e., fixed conviction with respect to suspicions and/or anger as a result of suspicions)
    - (3) Violence as a result of suspicions
 Unspecified? \_\_\_\_\_  
 Describe \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  7. Delusions (other than above)
    - (0) Not present
    - (1) Delusional
    - (2) Verbal or emotional manifestations as a result of delusions
    - (3) Physical actions or violence as a result of delusions
 Unspecified? \_\_\_\_\_  
 Describe \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- B. Hallucinations**
8. Visual Hallucinations
    - (0) Not present
    - (1) Vague: not clearly defined
    - (2) Clearly defined hallucinations of objects or persons (e.g., sees other people at the table)
    - (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations