



Música y palabra contra el alzheimer

Ana M. Vernia¹; Manuel Martí²

Recibido: 16 de septiembre de 2016 / Aceptado: 20 de abril de 2017

Resumen. Este artículo muestra los resultados obtenidos en un proyecto llevado a cabo entre una residencia para personas mayores y la Universidad Jaume I de Castellón nacido a raíz de un premio convocado por ambas instituciones. Se llevó a cabo la implementación de diferentes actividades con el objetivo de incidir positivamente en la memoria y la calidad de vida de las personas residentes. Estas actividades estuvieron fundamentadas, por una parte, por la metodología Dalcroze “la Euritmia” y por otra parte, por las “Historias de Vida”. La aplicación corrió a cargo del profesorado de la Universidad mencionada y bajo la supervisión de una psicóloga externa, quien seleccionó los cuestionarios para pasar a la muestra y, a través del programa SPSS gestionó los resultados. El proyecto se llevó a lo largo de 28 sesiones, que aunque supone una escasa temporalidad, atendiendo a los resultados obtenidos nos llevan a plantear la continuidad del proyecto. Cabe destacar la mejora en la calidad de vida de los participantes y su disposición a seguir colaborando.

Palabras clave: Euritmia; historias de vida; Alzheimer; calidad de vida personas mayores.

[en] Music and word against Alzheimer

Abstract. The aim of this article is to show the results obtained in a project between a nursing home and the Jaume I University in Castellón. It was born from a proposed prize of both establishments. Some activities were implemented in order to contribute positively to the memory and the quality of life of the residents. On the one hand, these activities were based on Dalcroze Method: the Eurhythmics. On the other hand they are based on life histories. The appliance was implemented by teachers of the mentioned University and supervised by an external psychologist. She chose the questionnaires to be taken and, through the SPSS programme, managed the results. Despite the limited time, the project lasted 28 sessions and thanks to the success of its results we propose the continuity of the project. It is worth stressing the improvements in the participants' standards of living and their disposal to continue working together.

Keywords: Eurhythmics; life histories; Alzheimer; quality of life for the elderly.

Sumario. 1. Introducción. 1.1. Una estrategia: Historias de Vida. 1.2. Otra estrategia: Euritmia. 2. Descripción del programa. 3. Metodología. 3.1. Instrumentos de evaluación. 4. Resultados. 5. Conclusiones y Discusión. Referencias. Agradecimientos.

Cómo citar: Vernia, A.M.; Martí, M. (2017) Música y palabra contra el alzheimer. *Arte, Individuo y Sociedad*. 29 (Núm. Especial), 159-173.

¹ Universidad Jaume I de Castellón (España)

E-mail: avernia@gmail.com

² Universidad Jaume I de Castellón (España)

E-mail: puig@uji.es

1. Introducción

Actualmente y sobre todo en el mundo occidental y en la población española el aumento de la esperanza de vida y la mejora de las condiciones sociales que la sociedad actual ha experimentado ha hecho posible que el número de personas mayores ascienda cada día. El hecho de que un elevado porcentaje de la población española sea mayor, hace que se genere una nueva situación en la que se realiza una redistribución de los recursos desarrollando una gran diversidad de iniciativas encaminadas a mejorar la vida de las personas mayores en el presente y en el futuro (Pérez, 2006, López, 2004).

En el contexto de los servicios sociales, sanitarios y educativos, el concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo relevante importancia como investigación. Las acciones llevadas a cabo en las últimas décadas han permitido desarrollar tanto el concepto de calidad de vida como su campo de acción. Actualmente, la calidad de vida es un objetivo común para usuarios de servicios, profesionales, organizaciones o políticos. (Verdugo et al.2009). En este sentido, la preocupación por la calidad de vida lleva a que la Organización Mundial de la Salud (1992) la entienda como la percepción que una persona tiene de sí misma, en su propio contexto cultural y de su sistema de valores relacionándolos con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes. Hay que tener en cuenta que la de calidad de vida aflora en el momento en el que el sujeto tiene sus necesidades básicas cubiertas y que en el caso de las personas mayores la colaboración de la familia y la sociedad en general es básica.

En el estudio realizado por Ramos-Esquivel et al. (2013), llegan a la conclusión de que la calidad de vida puede interactuar con la vejez compartiendo conceptos y significados, existiendo una vinculación a la edad que viven las personas como a los elementos socialmente compartidos, tales como la ausencia de trabajo o autonomía física, provocando unos sentimientos negativos a estas ausencias.

En nuestra opinión, se podría establecer una relación entre demencia como consecuencia de la edad, tal como lo señala Prieto et al. (2011) afirmando que la demencia crece de forma exponencial con la edad, por lo que puede ser que en unos años esta enfermedad se convierta en una epidemia mundial, que según las estadísticas, es la causa principal de discapacidad de las personas adultas mayores, así, en términos generales, la prevalencia de demencia está por debajo del 2% en personas de 65 a 69 años; este valor se duplica cada 5 años situándose entre el 10-17% en personas de 80 a 84 años, y que en personas por encima de 90 años llega al 30%.

Una de las demencias más comunes y que supone la disminución en la función cognitiva de la persona o en su capacidad mental para pensar, razonar, recordar y realizar de forma independiente tareas cotidianas que antes sí realizaba, es la Enfermedad de Alzheimer (EA). Según la Organización Mundial de la Salud, esta enfermedad, atendiendo a sus efectos devastadores sobre las personas que la padecen, sus familias, sus comunidades y los sistemas nacionales de salud, podemos decir que se manifiesta como una crisis de salud pública “con (VVAA, 2013). El estudio llevado a cabo por Lobo (2011) en España con un seguimiento de una cohorte de 4057 individuos cognitivamente intactos mayores de 55 años de edad que viven en Zaragoza, muestra que la tasa de incidencia de la demencia fue de 8,6 por 1000 y la de EA de 5,4 por 1000. También De Pedro-Cuesta et al. (2009) llevaron a cabo un estudio, centrándose en el centro y noreste de España, en el que se pretendía conocer

en qué grado afecta a la población las demencias más frecuentes en España. Su conclusión fue que la prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en las zonas citadas, aumentan con la edad y es mayor en mujeres, siendo la demencia más frecuente el Alzheimer.

La evolución propia de la edad va generando la pérdida de capacidades, y en algunos casos demencias. Para López-Pousa (2006) la demencia es un síndrome que se adquiere por una causa orgánica que es capaz de provocar un deterioro firme de las funciones mentales superiores y que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no sufren alteraciones de su nivel de conciencia. Bien es cierto que, a nivel general, la sociedad va tomando conciencia de la situación ayudada por la comunidad científica, que cada vez está más sensibilizada ante este problema.

La revisión del DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000) realiza una clasificación las demencias en seis grupos: la demencia de Alzheimer, vascular, causada por otras condiciones médicas generales, inducidas por sustancias, debido a múltiples etiologías y demencia no especificada (Kikuchi, 2011).

Las técnicas existentes para recuperar la memoria en enfermos con Alzheimer se basan en que la pérdida de memoria se produce gradualmente y su intensidad es variable en estadios tempranos de la enfermedad. Por lo general, afecta a dos tipos de memoria que se clasifica dentro de la memoria explícita: la memoria episódica y a la memoria semántica (Francés, 2003). Existen estudios (Bäckman, 1991) que han demostrado que los enfermos de Alzheimer pueden mejorar la memoria mediante el apoyo cognitivo durante el aprendizaje y la recuperación de la información en fases tempranas de la enfermedad.

Además de la eficacia de los tratamientos farmacológicos, apreciamos que cada día se aplican más tratamientos no farmacológicos. Esto es debido a que metodologías activas que potencian la cultura y el ejercicio de la inteligencia tienen una incidencia directa sobre los efectos de la Enfermedad de Alzheimer ayudándoles a llevar una vida mejor y más humana (Fernández-Ballesteros et al, 2003).

1.1. Una estrategia: Historias de Vida

Las Historias de Vida pueden ser entendidas como un instrumento dentro de las terapias de reminiscencia, al entender estas últimas como la respuesta adaptativa que se caracteriza por tener que pensar y relatar las propias experiencias trayendo al presente recuerdos pasados. El objetivo es recordar sin importar su perfección o la localización espacio-temporal. Se pretende conseguir la mejora de la capacidad de recordar dejándoles ser creativos potenciando la interacción, el diálogo, la autoestima y el bienestar. Las Historias de Vida se basan en el diálogo entre las personas recreando la experiencia vivida. Toda Historia de Vida es la interpretación que cada persona hace en un momento temporal reconstruyendo su propia historia. El sujeto se sitúa en el centro del proceso al ser la fuente de conocimiento, y lo hace en un contexto social, político, temporal y cultural determinado.

Las HV son una estrategia de investigación biográfico-narrativa que se enmarca dentro del ámbito cualitativo. En este tipo de investigación, la información proviene de la vida cotidiana, del sentido común, de las explicaciones y reconstrucciones que el individuo realiza día a día con el objetivo de vivir y sobrevivir (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Las historias de vida y la propia investigación biográfico-narrativa dan valor a la voz de las personas proporcionándoles un gran protagonismo en la investigación dando lugar a la construcción de la experiencia desde su propio conocimiento. Así, el sujeto se presenta como una construcción socio-histórica, mientras que el diálogo se convierte en una condición para lograr la construcción social, y la experiencia es la expresión de nuestro presente a partir de la construcción de nuestro pasado (Rivas, 2012).

Cuando una persona está haciendo su historia de vida hay que tener en cuenta que lo está haciendo desde su propio punto de vista. Nos contará aquello que considera más adecuado, destacado o que recuerde en ese momento. Se establece una relación entre ambos actores. El investigado y el investigador. En nuestro caso, hay que añadir un tercer elemento, los propios compañeros de grupo. El paso del tiempo posibilita que se descubran, dialoguen y en definitiva, establezcan una relación de confianza en la que el compartir sus experiencias de vida genera en cada una de los participantes un sentimiento positivo en el que lo individual se va convirtiendo en colectivo.

La escucha activa, el diálogo y la plasmación por escrito de sus experiencias de vida hacen posible que todos se nutran de las vidas individuales. En este proceso, hemos de comprender, dialogar y conformar una unión con el investigado (Ferrarotti, 1983, 12), ha de posibilitar una confianza entre él mismo y cada miembro del grupo para conseguir el éxito.

Las historias de son una herramienta muy útil para la comprensión de la realidad ya que tratan el problema de lo social desde el sujeto mismo, ofreciendo una visión mucho más amplia y adecuada a la complejidad del ser humano y su modo de vida (Fernandez y Ocando, 2005). Permiten conectar las narrativas personales y biográficas con su contexto sociocultural, histórico e institucional (Hernández, Sancho y Rivas 2011). Es esta conexión la que contribuirá a hacer posible que lo individual pueda convertirse en colectivo. Como indican Bretones, Solé, Alberich y Ros (2014) las historias de vida no son únicamente un producto de la memoria personal, sino que lo son también de la memoria colectiva y social.

Tal y como comparten sus vivencias van descubriéndose, se conocen mejor y fluye el diálogo. La voluntad de compartir sus vivencias será manifiesta. Cada miembro va generando su propia historia ayudado por las de los demás, haciendo fluir experiencias que habían caído en el olvido al oír la de sus compañeros. La rememoración se hace realidad. Las historias de vida posibilitan que lo contado en presente muestre las experiencias vividas.

La credibilidad del proceso ha de basarse en la transparencia mostrando cómo se ha desarrollado, cómo “se ha dado vida a las historias de vida” (López, 2007). En nuestro caso, cada participante rememora experiencias y hechos de su vida, los escribe ayudado por el guion de entrevista que se ha seguido, y es cuando los comparte con sus propios compañeros cuando adquiere significado lo que ha hecho, al reconocer como propio todo lo que ha relatado. Este proceso se ha desarrollado como se describe y también, iniciando el diálogo sobre diferentes momentos temporales de su vida, lo que les ayuda a rememorar sus experiencias al oír lo contado por sus compañeras.

La realización de una historia de vida implica un proceso de reflexión lo que lleva al descubrimiento del significado que han tenido los acontecimientos vividos. Es en este proceso en el que se reinterpretan los hechos, es en esta catarsis cuando se configura la propia identidad personal. Tal como dice Vázquez (2000, en Rivas

2009:115), “cuando las personas hacemos memoria, mediante nuestro discurso sostenemos, reproducimos, extendemos, engendramos, alteramos y transformamos nuestras relaciones”.

Es fundamental dotar de los medios necesarios para reconocer los primeros signos de la enfermedad, buscar un diagnóstico precoz y acceder a programas o intervenciones. Dedicar una mayor atención a la prevención de la enfermedad del Alzheimer, y contribuir al desarrollo de intervenciones como se pretende mostrar en este proyecto, mediante las historias de vida y la euritmia, pueden frenar el avance de la enfermedad y retrasar en última instancia la fase aguda.

1.2. Otra estrategia: Euritmia

Como explica De la Rubia et al. (2014) la enfermedad de Alzheimer supone una de las enfermedades que más preocupa a nuestra sociedad, los tratamientos ayudan, pero ahora se buscan otras terapias que mejoren los indicadores de esta enfermedad, entre ellos la música. Estos autores hicieron un estudio sobre los beneficios que tiene la música a través de un cuestionario que medía la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés y la felicidad relacionada con el bienestar antes y después de aplicar unas sesiones de musicoterapia, obteniendo unas mejoras significativas en los pacientes.

E. Jaques Dalcroze, pedagogo y compositor suizo, se oponía al aprendizaje mecánico de la música. A través del movimiento corporal trabajaba la educación del oído y el desarrollo perceptivo del ritmo. Según Silvia Del Bianco (en Díaz, 2007) este método es multidisciplinario, relacionando música y movimiento corporal. El solfeo musical en el espacio posibilita visualizar las diferentes nociones musicales. El aprendizaje se realiza en grupo, trabajando capacidades de adaptación, imitación, reacción, integración y socialización. Se ad-quiere además una educación auditiva activa con la ayuda del movimiento, tomando conciencia del cuerpo y aprendiendo a improvisar corporal y musicalmente. A través de la motricidad global se llega a la educación musical, utilizando también material auxiliar como pelotas, aros, cintas, pentagramas en el suelo, pañuelos... o pequeña percusión como panderos, claves, crócalos etc. (Arroyo, 2009).

Para Dalcroze (Boyarsky, 2009) la música era la mejor manera de conciliar mente, cuerpo, espíritu y emoción. Este pedagogo suizo, profesor de armonía en el conservatorio de Ginebra, observó que el punto débil de sus alumnos era el ritmo, la falta de relación entre el oído, las emociones y cuerpo, por ello su metodología fue organizándose en tres partes: la gimnasia rítmica, que utiliza el movimiento corporal para estudiar el ritmo, el solfeo y el estudio de las relaciones tonales, y la improvisación. En este sentido, Dalcroze comprobó que entrenar los dedos, los ojos y los oídos, pues era necesario que todo el organismo participara. Su trabajo, como dice Boyarsky (2009), tuvo una importante incidencia en músicos, compositores, bailarines, coreógrafos, actores, dejando muchos ejemplos prácticos. Actualmente, los docentes formados en la pedagogía de Dalcroze se instruyen en el movimiento, armonía, solfeo, improvisación, piano, y en su pedagogía.

Como dice Alperson (2012), Dalcroze ya destacaba la innata relación entre música y cuerpo incidiendo en que cualquier concepto musical puede ser aprendido desde el gesto o el movimiento, convencido además de la alianza entre audición y movimiento corporal, por ello no es de extrañar que tan significativo método despierte

el interés por investigadores por conocer los efectos del método de Dalcroze también en alumnado adulto.

Existen estudios que manifiestan los beneficios de la música, por ejemplo, Hars et al. (2014) para abordar su investigación, parten de que la música es beneficiosa para el entrenamiento de multitareas, incidiendo tanto en el funcionamiento cognitivo como en el estado de ánimo. En su investigación cuentan con adultos mayores a partir de los 65 años de edad. La conclusión a la que llegaron tras seis meses de intervención, una hora por semana, fue que la utilización de la música desde la metodología Dalcroze mejoraba la función cognitiva y la disminución de la ansiedad en comparación con los grupos controles.

En el estudio realizado por Trombetti et al. (2011) se pudo observar como las caídas en las personas mayores se podían reducir a través de la música, concretamente utilizando la metodología Dalcroze, cuyo fundamento es el movimiento corporal como expresión musical. Este estudio se desarrolló durante 12 meses con 134 participantes escogidos de manera aleatoria y mayores de 65 años con riesgo de caídas. Unos fueron asignados a un grupo control y otros destinados al grupo de intervención. A los seis meses se pudo observar una reducción en las caídas en el grupo intervenido.

La música puede tener un valor terapéutico en pacientes de Alzheimer según Lord y Garner (1993), quienes trabajaron con tres grupos de personas afectadas por esta enfermedad; los sujetos que participaron en una Big Band, interpretando música de los años 20 y 30, mostraron mayor capacidad de recordar hechos de su pasado personal, respecto a los otros dos grupos (uno que practicó el dibujo y pintura y otro que realizó puzzles); además, el primer grupo mostró estar más feliz.

Como dicen Jacobsen et al. (2015) los mecanismos y los sustratos neurales de la memoria musical siguen siendo poco conocidos. Estos autores realizaron una investigación con 32 participantes aportando entre sus conclusiones que las regiones identificadas para codificar la memoria musical correspondían a las áreas que mostraron atrofia cortical sustancialmente mínima en comparación con el resto del cerebro añadiendo que, dada la superposición observada de las regiones de memoria musical con áreas que están relativamente a salvo en la enfermedad de Alzheimer, los hallazgos actuales pueden explicar la sorprendente conservación de la memoria musical en esta enfermedad neurodegenerativa.

A través del piano y aplicándolo a personas mayores de entre 60 y 85 años, Bugos et al. (2007) mostraron que este instrumento musical puede servir para una intervención cognitiva eficaz relacionada con la edad y el deterioro cognitivo. También estos autores asocian el ejercicio aeróbico con un deterioro cognitivo más lento, aunque el objetivo de su investigación fue el de prevenir o mantener habilidades cognitivas desde la música, además de prevenir la pérdida de memoria desde el aprendizaje del piano. También, el trabajo realizado por Kydd et al. (2001) se dirigió a personas que tenían Alzheimer o alguna enfermedad relacionada con esta demencia, lo que supone comportamientos como la depresión, aislamiento, ansiedad, labilidad emocional, confusión y dificultades de memoria. A través de la musicoterapia se ayudó a los participantes a mejorar su calidad de vida y sus relaciones con quienes les rodeaban, concluyendo con la reflexión de que la terapia musical puede facilitar una mejor adaptación de la vida a un contexto determinado.

En nuestra opinión, los pacientes con Alzheimer pueden estimularse a través de canciones que les sean familiares y con la práctica constante incluso pueden llegar a

aprender canciones nuevas, a pesar de no poder recordar conversaciones recientes. En su estudio, Prickett y Moore (1991) abordaron diferentes aspectos de la memoria verbal con y sin música, con material verbal de su infancia asociado a una música, es decir, palabras que siempre se habían asociado a una melodía o cantinela. En general, los pacientes recordaron las palabras de las canciones notablemente mejor que recordaron las palabras habladas, incluyendo el lenguaje rimado (Prickett y Moore, 1991). Siguiendo esta línea, la investigación realizada por York (1994) se dirigió a la medición de pacientes con Alzheimer utilizando la música consiguiendo una reducción de la ansiedad, el mantenimiento de las funciones de memoria, aumento de afecto positivo, y la auto-expresión creativa se han citado como posibles beneficios de las intervenciones de musicoterapia.

2. Descripción del programa

El programa se desarrolló durante 28 semanas, en sesiones de una hora de duración aproximada, en las que se trabajó, de forma alternativa, la euritmia durante 14 sesiones e historias de vida, en el resto. El formato de las sesiones fue grupal en ambos casos. Las que las personas participantes siguiendo las instrucciones desarrollaron las actividades.

Euritmia: se inicia la sesión con unos minutos de relajación desde la escucha de una música que presenta las siguientes características: tempo lento e intensidad moderada. Los siguientes 15 minutos se dedican al calentamiento de la voz a través de ejercicios de vocalización y otros. Se sigue con el calentamiento corporal a través del seguimiento del ritmo de una música escuchada en el que trabajamos la coordinación entre manos y pies. Aquí es preciso matizar que en el proyecto han participado personas que presentaban movilidad reducida, e incluso estaban en silla de ruedas. En este caso la movilidad de las extremidades inferiores se limitaba al movimiento escaso de pies y talones. La importancia de estas actividades radica en el trabajo sobre la lateralidad, en la realización de diferentes tareas de manera simultánea incidiendo así en los dos hemisferios cerebrales. Los participantes se implican de tal manera que se ayudan unos a otros, tanto en la coordinación rítmica como en la recuperación de las letras de las canciones.

Historias de Vida: iniciamos la actividad con la rememoración de su vida de forma pautada, es decir, en cada una de las sesiones se trabajan los momentos vitales más destacados como la infancia, adolescencia, adultez, trabajo, etc. Para llevarlo a cabo se utilizó el manual de Martí y Nebot (2012).

Desarrollar la coordinación óculo-manual y la lectoescritura se lleva a cabo contando las propias experiencias de vida. Teniendo en cuenta la movilidad reducida que presentaban algunas de las personas participantes y las dificultades auditivas, la ayuda prestada por alumnos voluntarios del grado de maestro de educación primaria de la Universidad Jaume I ha sido básica. El intercambio de vivencias y experiencias intergeneracionales permite la adquisición de conocimientos, emociones y sentimientos nuevos. Las sesiones se concluyen con un intercambio de opiniones valorando la tarea desarrollada de forma conjunta.

3. Metodología

Los criterios de asignación para los participantes al programa de prevención fueron los siguientes:

- a) que pertenezcan a la residencia,
- b) edad a partir de 63 años,
- c) que presenten un estado cognitivo Normal, Deterioro Leve o Deterioro Moderado.

La muestra final se compuso de 23 personas mayores, con edades comprendidas entre los 63 y los 98 años residentes en la Residencia Azahar del Mediterráneo de la localidad de Castellón, con el 8,7% hombres y 91,3% mujeres. Tanto los participantes como sus familiares, proporcionaron por escrito la autorización para la participación en el programa. Las sesiones de evaluación tenían una duración de 20-30 minutos. En dichas sesiones se valoraron las funciones cognitivas y la calidad de vida de los participantes.

3.1. Instrumentos de evaluación

Los dos instrumentos de evaluación utilizados fueron Mini-Examen Cognoscitivo y el cuestionario Cubrecavi. Veámoslos de forma detallada.

Mini-Examen Cognoscitivo

La versión española utilizada del Mini-Examen Cognoscitivo (Folstein et al, 1975; adaptado a España por Lobo et al, 1979), está compuesta por 30 ítems, los cuales evalúan seis capacidades cognitivas (orientación temporal, orientación espacial, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción), cada acierto se puntúa con un punto, la puntuación máxima que se puede obtener es de 30 puntos. El tiempo de aplicación es de 5-10 min.

Cubrecavi

El cuestionario Cubrecavi (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007) valora en un breve tiempo diferentes componentes de la calidad de vida en las personas mayores. Dicho cuestionario se ha basado en el concepto multidimensional de calidad de vida y salud propuesto por la OMS. Está compuesto por 21 subescalas, agrupadas en las siguientes nueve dimensiones: 1) Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), 2) Integración social, 3) Habilidades funcionales, 4) Actividad y ocio, 5) Calidad ambiental, 6) Satisfacción con la vida, 7) Educación, 8) Ingresos y 9) Servicios sociales y sanitarios.

Los baremos, se construyeron a partir de una muestra de más de 1000 personas mayores de 65 años. Las cuales permiten comparar con un grupo normativo el nivel de calidad de vida del sujeto. Dicho cuestionario se aplicó de forma individual a partir de una entrevista por un profesional. El tiempo de aplicación es de 20 min. Aproximadamente.

4. Resultados

Para la realización de los análisis estadísticos se ha utilizado la aplicación computerizada del SPSS 21.0. La prueba Kolmogorov-Smirnov se utilizó en todas

las variables, para comprobar que los datos cumplen el criterio de normalidad estadística.

Los resultados obtenidos de dicha prueba muestran que del cuestionario CUBRECAVI las variables Satisfacción Convivencia ($K_S(23)=1.477$; $p=.025$), Satisfacción Relaciones Sociales ($K_S(23)= 2,014$ $p=.001$), Nivel de Actividad ($K_S(23)= 2,225$; $p=.000$), Satisfacción Actividades ($K_S(23)= 1,948$; $p=.001$), Post Calidad Ambiente ($K_S(23)= 1,769$; $p=.004$), Post Satisfacción Elementos Ambientales ($K_S(23)= 2,219$; $p=.000$), Post Satisfacción General Vivienda ($K_S(23)= 2,007$; $p=.001$), Post Satisfacción con la Vida ($K_S(23)= 1,405$; $p=.038$), Educación ($K_S(23)= 1,795$; $p=.003$), Post Educación ($K_S(23)= 1,670$; $p=.008$) Ingresos ($K_S(23)= 2,486$; $p=.000$), y del cuestionario *MEC*, Fijación ($K_S(23)= 2,585$; $p=.000$), Post Fijación ($K_S(23)= 1,941$; $p=.001$), Memoria ($K_S(23)= 1,532$; $p=.018$), Post Memoria ($K_S(23)= 1,838$; $p=.002$), dichas variables no muestran normalidad estadística.

Por ello, seguidamente en la Tabla 1, se muestran las tendencias de las medias de todas las variables que se han utilizado en el presente estudio, así como si existen diferencias significativas.

Variables	Intervenidos(N=11)		Comparación (N=12)		t/U
	M(DT)	Mdn (IQR)	M(DT)	Mdn(IQR)	
Salud	2,98(0,30)	-	2,77(0,46)	-	t(1,22)=-1,250 ^{ns}
Post_Salud	2,65(0,36)	-	2,39(0,60)	-	t(1,22)=-1,179 ^{ns}
Salud_subjetiva	2(1,49)	-	2,08(0,99)	-	t(1,22)=0,157 ^{ns}
Post salud Subjetiva	2,88(0,60)	-	1,83(0,83)	-	t(1,22)=-3,212**
Salud Objetiva	3,21(0,38)	-	3,06(0,47)	-	t(1,22)=-0,779 ^{ns}
Pos_Salud_Ob	2,93(0,30)	-	2,66(0,79)	-	t(1,22)=-1,158 ^{ns}
Salud Psíquica	2,87(0,52)	-	2,97(0,83)	-	t(1,22)=-0,346 ^{ns}
Pos_Salud_Psi	2,15(0,55)	-	2,66(0,79)	-	t(1,22)=-1,670 ^{ns}
Integración Social	2,61(0,42)	-	2,54(0,45)	-	t(1,22)=-0,342 ^{ns}
Post Interrelaciones Sociales	2,77(0,39)	-	2,63(0,49)	-	t(1,22)=-0,696 ^{ns}
Satisfacción con la convivencia	-	11,65(116)	-	11,38(136,50)	U(1,22)=58,50 ^{ns}
Post Satisfacción Convivencia	2,55(0,72)	-	1,08(1,37)	-	t(1,22)=-2,903**
Satisfacción relaciones Sociales	-	11,90(119)	-	11,17(134)	U(1,22)=56 ^{ns}

Pos Satisfacción relaciones Sociales	2,90(0,18)	-	2,29(0,83)	-	t(1,22)=-2,148*
Satisfacción actividades	-	15(150)	-	8,58(103)	U(1,22)=25**
Pos Satisfacción actividades	2,44(0,52)	-	2,08(0,90)	-	t(1,22)=-1,070 ^{ns}
Satisfacción elementos ambientales	11,50(115)	-	11,50(138)	-	U(1,22)=60 ^{ns}
Pos Satisfacción elementos ambientales	-	13(117)	-	9,50(114)	U(1,22)=36 ^{ns}
Satisfacción general vivienda	11,50(115)	-	11,50(138)	-	U(1,22)=60 ^{ns}
Post Satisfacción general vivienda	-	11(99)	-	11(132)	U(1,22)=54 ^{ns}
Satisfacción con la vida	3,60(0,51)	-	2,58(0,99)	-	t(1,22)=-2,910*
Pos Satisfacción con la vida	-	13,89(125)	-	8,83(106)	U(1,22)=28*
Frecuencia relaciones sociales	60,05(38,44)	67(37)	18,3(29,59)	0(33)	U(1,40)=84,5**
Post Frecuencia Relaciones Sociales	2,85(0,79)	-	2,75(0,68)	-	t(1,22)=-2,99 ^{ns}
Habilidades Funcionales	2,12(0,88)	-	2,00(1,12)	-	t(1,22)=-0,264 ^{ns}
Post Habilidades Funcionales	2,23(0,59)	-	2,08(0,99)	-	t(1,22)=-0,408 ^{ns}
Autonomia Funcional	2,10(0,99)	-	2,08(1,24)	-	t(1,22)=-0,034 ^{ns}
Post Autonomía Funcional	2,66(0,71)	-	1,91(0,99)	-	t(1,22)=-1,920 ^{ns}
Actividades Vida diaria	2,15(1,04)	-	1,93(1,12)	-	t(1,22)=-0,454 ^{ns}
Post Actividades Vida Diaria	1,81(0,64)	-	2,25(1,19)	-	t(1,22)=1,005 ^{ns}
Actividad y ocio	2,22(0,57)	-	1,56(0,38)	-	t(1,22)=-3,229**
Post Actividades Ocio	2,38(0,29)	-	1,69(0,86)	-	t(1,22)=-2,276*

Frecuencia Actividades	1,68(0,24)	-	1,5(0,36)	-	t(1,22)=-1,236 ^{ns}
Post Frecuencia Actividades	1,92(0,26)	-	1,49(0,64)	-	t(1,22)=-1,889 ^{ns}
Nivel de Actividad	-	14(140)	-	9,42(113)	U(1,22)=35*
Post Nivel de Actividad	2,77(0,66)	-	1,5(1,31)	-	t(1,22)=-2,660*
Calidad Ambiental	11,50(115)	-	11,50(138)	-	U(1,22)=49 ^{ns}
Post Calidad Ambiental	-	11,56(104)	-	10,58(127)	U(1,22)=49 ^{ns}
Educación	-	10,30(103)	-	12,50(150)	U(1,22)=48 ^{ns}
Post Educación	-	10,28(92,50)	-	11,54(138,5)	U(1,22)=47,5 ^{ns}
Ingresos	-	11,55(115,50)	-	11,46(137,50)	U(1,22)=59,50 ^{ns}
Post Ingresos	1,55(1,28)	-	2,54(1,17)	-	t(1,22)=1,827 ^{ns}

Tabla 1. Variables de Calidad de Vida Pre y Post de los participantes que han colaborado en el estudio.

*Nota. DT: desviación típica; IQR: rango intercuartilico t: t de Student; U: U de Mann-Whitney. Los datos se presentan como media/desviación t, en el caso de seguir una distribución normal y/o como mediana/rango intercuartilico (IQR) en caso contrario. * $p < .05$. ** $p < .01$. ns= no significativo

Los resultados muestran que los participantes en el estudio mejoran en satisfacción en las relaciones sociales, la satisfacción con la vida, en la actividad y ocio y en el nivel de actividad.

Variables	Intervenidos(N=11)		Comparación (N=12)		t/U
	M (DT)	Mdn (IQR)	M (DT)	Mdn (IQR)	
Orientación	7,45(3,04)	-	5,75(2,80)	-	t(1,22)=-1,399 ^{ns}
Post_Orientación	7,11(3,44)	-	5,33(2,83)	-	t(1,22)=1,297 ^{ns}
Fijación	-	11,45(126)	-	12,50(150)	U(1,23)=60 ^{ns}
Post_Fijación	-	9,67(87)	-	12(144)	U(1,21)=42 ^{ns}
Concentración y Cálculo	4(3,52)	-	2,33(2,42)	-	t(1,22)=-1,332 ^{ns}
Post_Concentración y Cálculo	4(2,64)	-	3,42(2,74)	-	t(1,22)=-0,489 ^{ns}
Lenguaje y Construcción	7,82(2,99)	-	8,16(1,58)	-	t(1,22)=0,353 ^{ns}
Post_Lenguaje y construcción	8,88(3,17)	-	8,58(1,62)	-	t(1,22)=-0,288 ^{ns}
Memoria	-	15,23(167,50)	-	9,04(108,50)	U(1,23)=30,50
Post_Memoria	-	11,90(119)	-	11,17(134)	U(1,22)=20 ^{**}
Total Escala Cognitiva	23,54(9,84)	-	19,66(4,73)	-	t(1,22)=-1,221 ^{ns}
Post Total Escala Cognitiva	23,88(10,69)	-	20,41(4,54)	-	t(1,22)=-1,016 ^{ns}

Tabla 2. Escala Cognitiva Pre y Post de los participantes que han colaborado en el estudio.

*Nota. DT: desviación típica; IQR: rango intercuartílico t: t de Student; U: U de Mann-Whitney. Los datos se presentan como media/desviación t, en el caso de seguir una distribución normal y/o como mediana/rango intercuartílico (IQR) en caso contrario. * $p < .05$. ** $p < .01$. ns= no significativo

Los resultados muestran que los participantes no mejoran en memoria.

5. Conclusiones y Discusión

Se demuestra una mejoría objetiva y observable en los participantes por lo que respecta a satisfacción en las relaciones sociales, la satisfacción con la vida, en la actividad y ocio y en el nivel de actividad. Cabe destacar que las sesiones grabadas, muestran un nivel más alto de satisfacción en estos ámbitos que el demostrado en los test objetivos, si bien, este aspecto forma parte de la idiosincrasia de las personas mayores que, debido al envejecimiento, no sólo natural sino además con algún tipo de patología, representa una mayor dificultad y menor atención a la hora de atender a la resolución de pruebas objetivas.

En conclusión, debemos reconocer que nuestro estudio no demuestra una mejora significativa por lo que respecta al ámbito de la memoria si bien, planteamos que este hecho se ve principalmente representado por la falta de continuidad del programa y el corto espacio de tiempo del que se dispuso para llevar a cabo las actividades. Así mismo y, partiendo desde la misma línea de falta de continuidad y poca temporalidad, se ha observado que sí mejoran aspectos vinculados directamente con la calidad de vida, la autoestima y, en definitiva, la felicidad de las personas mayores, inclusive aquellas personas que presentan deterioro cognitivo moderado. Este hecho, nos refleja que las actividades planteadas presentan un alto nivel potencial en la mejora emocional de la persona mayor.

Otro aspecto que inicialmente no entraba dentro de nuestro ámbito de estudio, como son las familias de las personas mayores que han participado. La realización de la presente investigación, ha supuesto para las familias de los participantes un interés, mayor vinculación y en la medida de sus posibilidades una participación activa en el proyecto. Los familiares han generado un interés por aportar y ayudar a sus familiares a la hora de realizar las Historias de Vida y, se les ha observado orgullosos de sus familiares al comprobar la capacidad que mantenían con las actividades de Euritmia. Los propios familiares han vivido con cariño el proceso de realización de las actividades, sorprendiéndose de todo lo que sus familiares pueden seguir desarrollando, con la adecuada estimulación y, recordando momentos del pasado o incluso, descubriendo situaciones sobre sus familiares que desconocían.

Por todo ello, consideramos que también se deben fomentar programas de prevención basados en tratamientos no farmacológicos y desde nuestro punto de vista, generados por profesionales para ofrecer una calidad de vida y dignidad basada en su disfrute, afianzando sus vínculos familiares, mejorando su autonomía tanto física como cognitiva.

Agradecimientos

- A la Universidad Jaume I de Castellón y a la Residencia Azahar del Mediterráneo.
- Las/os Residentes que han participado activamente.
- Los familiares por su interés y apoyo
- Las/os trabajadores/as del Centro y alumnas en prácticas que apoyaron durante la realización de las actividades).

Referencias

- Arroyo, M.V. (2009). Los métodos en la educación musical. *Enfoques educativos*, 30, pp. 25-35.
- Alperson, R. (2012). Hoff-Barthelson Music School A Qualitative Study of Dalcroze Eurhythmics Classes as Adults Jaques-Dalcroze (1865-1950), the Swiss musician, composer and teacher, developed eurhythmics (good rhythm). En ISME. 30th ISME World conference on Music Education. En línea e: http://issuu.com/official_isme/docs/30_abstracts/437[Consulta: 10 de enero de 2014]

- Bäckman, L. (1991). Recognition memory across the adult life span: The role of prior knowledge. *Memory and Cognition*, 19, pp. 63-71.
- Boyarsky, T. (2009). Dalcroze Eurhythmics and the Quick Reaction Exercises [Lagimnasia rítmica Dalcroze y los Ejercicios de Reacción Rápida] The Orff Echo. [En línea] en: <http://www.aosa.org/09conf/documents/BoyarskyWinter09.pdf> [Consulta: 10 de Julio]
- Bretones, E., Solé, J., Alberich, N. & Ros, P. (2014). Historias de vida y educación social: una experiencia de investigación y formación. *Tendencias pedagógicas*, 24, pp.72-84.
- Bugos, J. A., Perlstein, W. M., Mccrae, C. S., Brophy, T. S. & Bedenbaugh, P. H. (2007). Individualized Piano Instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Aging and mental health*, 11(4), pp. 464-471. <http://www.researchgate.net/publication/6224665>.
- De la Rubia, J.E., Sancho, P. & Cabañés, A. (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*, (4) 2, pp. 131-140.
- De Pedro-Cuesta, J.; Virués-Ortega, J.; Vega, S.; Seijo-Martínez, M.; Saz, P.; Rodríguez, F.; Rodríguez-Laso, A.; Reñé, R.; Pérez de las Heras, S.; Mateos, R.; Martínez-Martín, P.; Mahillo-Fernández, I. López-Pousa, S. & Lobo, A. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology*, 9, pp. 55.
- Del Bianco, S. (2007). Jacques-Dalcroze. En Díaz, M. & Giráldez, A. (coords.). *Aportaciones teóricas y metodológicas a la educación musical*. Eufonía (pp. 24-32). Barcelona: Graó.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, O. & Ocando, J. (2005). La búsqueda del conocimiento y las historias de vida. *Omnia*, Vol.11. Universidad de Zulia, Venezuela.
- Ferrarotti, F. (1983). *Historie et Histories de vie*. Paris: Les Méridiens.
- Francés, I., Barandian, M., Marcellán, T. & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist. Sanit. Navar*, 26 (3), pp. 405-422.
- Hars, M., Herrmann, F.R., Gold, G., Rizzoli, R & Trombetti, A. (2014). Effect of music-based multitask training on cognition and mood in older adults. *Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. Age and Ageing*, 43, 196-200. doi: 10.1093/ageing/aft163.
- Hernández, F., Rivas, J. I. & Sancho, J. (2011) *Historias de vida en educación: biografías en contexto*. Universidad de Barcelona.
- Jacobsen, J.; Stelzer, J.; Fritz, TH., Chételat, G., La Joie R. & Turner R. (2015). *Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease*. *Brain*; 138(Pt 8), 2438-50. doi: 10.1093/brain/awv135. Epub 2015 Jun 3.
- Kikuchi, E. L. (2011). Classificação das síndromes demenciais. En S. M. D. Brucki, R. M. Magaldi, L. S. Morillo, I. Carvalho, T. R. Perroco, C. M. C. Bottino, W. Jacob Filho, & R. Nitrini (Eds.). *Demências: Enfoque Multidisciplinar. Das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento*. Atheneu: São Paulo; 51-55.

- Kydd, P. (2001). Using music therapy to help a client with Alzheimer's disease adapt to long-term care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, (16) 2, 103-108
- Lobo A, López-Antón R, Santabárbara J, de-la-Cámara C, Ventura T, Quintanilla MA, Roy JF, Campayo AJ, Lobo E, Palomo T, Rodríguez-Jiménez R, Saz P & Marcos G. (2011). *Incidence and lifetime risk of dementia and Alzheimer' disease in a Southern European population*. *Acta Psychiatr Scand*, 124 (5), 372-8327.
- López, M. (2007). ¿Qué son las historias de vida? Documento inédito. *Grupo de Investigación HUM-246*.
- López Pousa S. (2006). Epidemiología del deterioro cognitivo de origen vascular. En: Alberca R, Lopez-Pousa S, editores. *3ª ed. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias* (p.441-454). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- Lord TR & Garner, JE. (1993). Effects of music on Alzheimer's patients. *Perceptual Motor Skills*, 76, 451-455.
- Martí, M. & Nebot, E. (2012). *Contándome cómo pasó, tu pasado y presente, mi futuro*. Betxí, Ayto.Betxí..
- Pérez, G. (coord.). (2006). *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Universitas.
- Prickett, C. & Moore, R. (1991). The Use of Music to Aid Memory of Alzheimer's Patients. *Journal Music Therapy*; 28 (2), 101-110.
- Prieto, C., Eimil, M., López de Silanes, C. & Llanero, M. (2011). Impacto social de la enfermedad de alzheimer y otras demencias. *Feen (Fundación española de enfermedades neurológicas)*. http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf. 2011. Accessed May 10, 2014.
- Ramos-Esquivel, J.; Figueroa-Ochoa, H.; Meza-Calleja, A.; Avelino Rubio, I. & Martínez-González, M.G. (2013). La vejez y la calidad de vida desde el punto de vista de las personas mayores: un estudio sobre las representaciones sociales de un grupo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 26
- Rivas, I (2012). Sujeto, diálogo, experiencia: el compromiso del encuentro. En Rivas, J.I., Hernández, F., Sancho & J.J., Núñez, C. (2014). *Historias de vida en educación: Sujeto, Diálogo, Experiencia*. Barcelona: Deposito Legal UB. <http://hdl.handle.net/2445/32345> 2012. Accessed May 5.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Historias de vida. En J. I. Ruiz Olabuénaga, *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 267-313). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Trombetti A., Hars M., Herrmann FR., Kressig R.W., Ferrari S. & Rizzoli R. (2010). Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011, 28171(6), 525-33. doi: 10.1001/archinternmed, 446.
- Verdugo, M. A.; Gómez Sánchez, L. & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- VVAA. (2013). *Estado del arte de la Enfermedad de Alzheimer en España*. Informe realizado por la PWC en colaboración con Lilly. http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf
Accessed October 5, 2015.

