

La musicoterapia en los gerontes: una alternativa de salud¹

Musical therapy in the elderly: an alternative for health

Rigoberto Oliva Sánchez² y Teresa Fernández de Juan³

RESUMEN

El siguiente trabajo constituye el primer esfuerzo orientado a la aplicación de técnicas musicoterapéuticas para contribuir a la salud física y mental de las personas de la tercera edad en Cuba. Se describen las diferentes técnicas, música e instrumentos utilizados en un total de 71 personas de entre 60 y 87 años, en un tratamiento de nueve meses con una frecuencia semanal y que culminó con una mejoría tanto de sus problemas de comunicación como de estados anímicos, entre otros logros.

Palabras clave: Musicoterapia; Gerontes.

ABSTRACT

This paper represents a first effort seeking an improvement of elderly people's physical and mental health through musical therapy in Cuba. It describes the different techniques, music, and instruments used in 71 cases of persons between 60 and 87 years old for a period of nine months. The treatment was applied once a week and helped to solve communication problems and to improve their state of mind, among other benefits.

Key words: Musical therapy; Elderly people.

INTRODUCCIÓN

“La vejez no es algo que esté allí afuera, fuera de nosotros, en el futuro, sino que es presente actual y que la llevamos dentro activamente”, señala Leopoldo Salvarezza (cfr. Di Prinzo, 2001). En efecto, el envejecimiento es considerado como un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y que se hace más evidente después de la madurez, produciéndose cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno (cfr. Rocabruno y Prieto, 1992). Este proceso universal, irreversible y progresivo es el resultado de una serie de cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que el factor tiempo introduce en el ser vivo.

Al finalizar el siglo XX y arribar el XXI, 550 millones de personas tenían sesenta años o más de vida (De la Osa, 2001). Este fenómeno, que podría constituir un problema para algunos, para otros no es más que el resultado de una acertada aplicación de sus políticas sociales. En este sentido, el caso de Cuba, país

¹Esta experiencia fue desarrollada en la Casa de Cultura “Adolfo Delgado”, Reparto San Agustín, La Lisa, La Habana, Cuba. Artículo recibido el 15 de enero y aceptado el 28 de febrero de 2003.

² Centro Comunitario de Salud Mental, Martí 214, entre Ambrón y La Piedra, Apdo. 20, Zona Postal 12, 11200 Regla, Cuba, correo electrónico: ccsmr@infomed.sld.cu.

³ El Colegio de la Frontera Norte, Blv. Abelardo L. Rodríguez 2925, Zona del Río, 22320 Tijuana, B.C., México, correo electrónico: teresaf@colef.mx.

con un 14% de la población de adultos mayores, es un ejemplo fehaciente. Resulta un indiscutible reto para todos los que se dedican a la atención de este sector de la población el hecho de que exista una reciprocidad entre el aumento imparable de la población de más de 60 años y el incremento de la calidad de vida. En 1950, 200 millones de personas en el mundo tenían más de sesenta y cinco años, y en los próximos cincuenta años podrían llegar a más de 1,041 millones, aunque su porcentaje variará en correspondencia con el nivel de desarrollo del país (se estima que un 14% corresponda a los países desarrollados, un 77% a los países en desarrollo y sólo un 9% a los países de bajo desarrollo (Cabrera, 2001). En el caso particular de Latinoamérica, según proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas (De la Osa, 2001; Parlamento Latinoamericano, 1996), en 2050 Cuba estará al frente con un 33% de su población mayor de 60 años, seguida de Uruguay (con 25%), Chile y Panamá, y esto sin tomar en cuenta que, según reportes de Partida (2001), “la población de 65 años o más prevista para mediados del presente siglo es de tal magnitud que equivale a casi todos los habitantes de toda América Central en la actualidad” (p. 6). Existen países, como es el caso de México, cuyos montos se estima se multiplicarán casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones, o sea que dentro de 50 años se espera que uno de cada cuatro mexicanos pertenezca a la tercera edad (Partida, 2001). Estas cifras, lejos de sobresaltar, constituyen un llamado a la cooperación de todos a favor del aumento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Tal realidad que se vive a diario revela que se hace cada vez más necesaria la toma de medidas (entiéndase programas, estrategias, políticas, lineamientos, proyectos) que favorezcan el bienestar biopsicosocial de las personas de más edad. En otros países —principalmente en los desarrollados, donde la esperanza de vida es alta y el aumento creciente de la población mayor de seis décadas demanda cada vez más de atención priorizada—, se emplean alternativas “saludables” que propician una mejor calidad de vida. En este sentido, la utilización de técnicas con música, al igual que otras manifestaciones del arte, ha constituido una herramienta terapéutica de vital importancia, ya que, como expresara la musicoterapeuta Ruth

Bright (1993), puede ofrecer alivio y fortaleza, y ayudar a que los ancianos enfrenten el futuro con cierto optimismo o aceptación.

En la actualidad, cuando aún falta mucho para satisfacer las necesidades psicológicas de la creciente población de adultos mayores, la musicoterapia, como tratamiento que emplea el uso controlado de la música y sus elementos (Munro y Mount, 1978), les ofrece soluciones a problemas de salud que en muchas ocasiones, por el futuro incierto implicado, no se tratan de la mejor manera posible; basta con citar a los enfermos mentales crónicos, los que sufren demencias, secuelas por accidentes vasculares encefálicos (AVE), estados terminales y síndrome de Down, entre otros.

Es muy gratificante para quienes se dedican a la prevención, la promoción y la recuperación de la salud de ese tipo de personas —a quienes se consideraba en algún momento como incurables—, apreciar su rehabilitación física y mental y su reinsertión en la sociedad. Esta experiencia es en extremo satisfactoria cuando se logra que a través de la música los adultos mayores evoquen experiencias de su infancia y juventud; se despojen de sus duelos, temores y frustraciones; fomenten sus relaciones interpersonales; disminuyan o alivien sus ansiedades y estados depresivos, y, sobre todo, descubran los usufructos que les proporciona haber llegado a la tercera edad.

Es un hecho comprobado que la musicoterapia en los gerontes puede contribuir al retardo del deterioro de las facultades físicas y mentales, propiciar la resocialización del anciano marginado al relacionarse con personas de su misma generación, proporcionar la recuperación psicológica y aumentar la autoestima, ya que pueden descubrir que, a pesar de los años, hay habilidades y conocimientos que aún pueden adquirir, como componer o interpretar música, tal y como ha sido constatado desde hace varios años por autores como Winkelmayr (1968), Boxberger y Cotter (1968), Tombs (1968) y, más tarde, Brighth (1993). Es necesario mencionar al respecto el interesante trabajo desarrollado por Leao y Negreiros (1994) en la Casa Sao Luis para Ancianos de Rio de Janeiro, Brasil, en un intento por considerar al anciano en su individualidad, rescatando su memoria musical y valorizando su historia de vida. Un ejemplo más es el proyecto de investigación denominado

“Operación Jubilación” (Bright, 1993), que se llevó a cabo en la Universidad de Queensland, Australia, y cuyo objetivo fundamental consistía en investigar la capacidad de aprendizaje de personas entre 70 y 95 años. Pese a que su objetivo principal consistía en el aprendizaje de un segundo idioma (el alemán) y de un instrumento musical (la flauta), los resultados arrojaron que, además de aprender a tocar el instrumento y adquirir nuevas habilidades, se desarrollaron nuevas relaciones sociales en el contexto de la actividad.

Recientemente se expuso en Vitoria Gastéis, España (cfr. Aldridge, 2001) la potencialidad con que contaban distintas terapias artísticas creativas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, en especial de la demencia, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Huntington. Estos padecimientos muestran como factor común el deterioro progresivo, la pérdida de integridad física, la deficiencia en la capacidad cognitiva y la pérdida de coherencia emocional, con el consiguiente aislamiento social que acarrearán. Aldridge (2001) ha expuesto detalladamente cómo diferentes autores han investigado los efectos de los tratamientos de terapia musical de la demencia, de forma que la música y la terapia musical sirven de actuación “para mantener y mejorar [su] participación activa, las habilidades cognitivas, emocionales y sociales”, constituyéndose así en “un importante acercamiento potencial no farmacológico” (p. 14), aunque aún adolezca de la experimentación necesaria que lo demuestre clínicamente.

La musicoterapia en los gerontes, además de fomentar y desarrollar la comunicación, ayuda a conservar la estabilidad emocional ante hechos tales como la pérdida de familiares y amigos, evitando la aparición de cuadros depresivos y retardando la evolución de procesos demenciales; posibilita la autoexpresión y la integración social, al tiempo que contribuye a una actitud tolerante ante los hechos de la vida (Vidret, 1996); previene además los trastornos músculo-esqueléticos a través de la danza y la eurtimia; desarrolla la creatividad cuando los ancianos logran musicalizar textos de canciones o escribir poemas, y es asimismo un medio importante para llenar vacíos (por ejemplo, el contacto con los niños les permite

brindar sus experiencias al enseñarles bailes y canciones folclóricas). Cantar en un coro o tocar en una orquesta con los más jóvenes son actividades que están por encima de las diferencias generacionales.

Las sesiones de musicoterapia constituyen un espacio de entretenimiento y recreación para contrarrestar la soledad y prevenir los trastornos emocionales a través del baile, los juegos musicales, la organización de concursos de canto y baile entre otros (Gaertner, 1996). La música estimula la memoria de corto y largo plazo (Fernández, Pérez y Cádiz, 1998; Leao y Negreiros, 1994), reduce la confusión y aumenta la retención de información. Se ha comprobado que pacientes aquejados del mal de Alzheimer recordaron mucho mejor las palabras cantadas que las no cantadas, e incluso mejor que las pronunciadas sólo marcando un ritmo (Ochman y Lagunilla, 1998).

La música puede ayudar a aliviar tensiones que existan entre los miembros de una pareja al escuchar y disfrutar canciones que recuerden momentos de bienestar y armonía, lo que ayuda a restablecer la comunicación entre ambos. Tal es el caso de una señora de 73 años, con enfermedad de Alzheimer desde los 63, quien respondió positivamente a la música que le resultaba familiar al bailar el vals de aniversario de bodas con su esposo, logrando movimientos rítmicos y flexibles; pero lo más gratificante fue que logró decir algunas palabras, algo muy diferente a lo habitual, que no pasaba de ser un balbuceo (Bright, 1993).

Por lo anteriormente descrito, surgió la propuesta de desarrollar un programa de musicoterapia para el adulto mayor en Cuba, sumándose así a los esfuerzos previos por desarrollar esta técnica en otras áreas, como su empleo en el tratamiento de hemodiálisis (Verdes y Fernández, 1992), niños con trastornos de conducta (Álvarez, Cordeiro y Fernández, 1992), adolescentes con desajustes sociales (Presmanes y Fernández, 1992), pacientes con ansiedad patológica (Fernández, Torres y Virués, 1995) y como técnica sedativa (Fernández, Cádiz y Fajardo, 2000). En este caso, los objetivos específicos del trabajo fueron los de prevenir los trastornos emocionales que conlleva el envejecimiento, fomentar la comunicación y las relaciones interpersonales evitando el aislamiento y la soledad,

retardar el deterioro psicobiológico que sufre el ser humano en esta etapa de la vida y brindar un espacio de entretenimiento y recreación para propiciar una mayor calidad de vida.

MÉTODO

Sujetos

El grupo estuvo compuesto por 71 personas (57 mujeres y 14 hombres) de 60 a 87 años de edad, con una escolaridad que osciló entre quinto grado de primaria hasta el nivel universitario, con la siguiente distribución: 10 universitarios, 13 bachilleres (preuniversitarios), 4 de décimo grado, 21 de noveno, 3 de séptimo, 14 de sexto y 6 de quinto. Es necesario recordar que el nivel de educación en las edades avanzadas suele estar reflejando la sobrevivencia de generaciones nacidas antes de 1959 y que no experimentaron el nivel de educación alcanzado actualmente gracias al sistema de educación vigente.

Como características psicológicas, si bien ninguno presentaba trastornos severos, se apreciaba en la gran mayoría problemas de comunicación y de relación con la familia, acompañados de sentimientos de soledad, desinterés, abatimiento, agresividad y pocas posibilidades de recreación (todo ello constatado a partir de entrevistas individuales y del test biopsicosocial). Desde el punto de vista físico (tal y como se confirmó en la historia clínica individual), existían trastornos tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, úlcera péptica y artropatías.

En este sentido, es de señalarse que la aparición de algunas de tales enfermedades en este período de la vida muestran similitudes con reportes que aparecen en otros países, al menos de Latinoamérica. En México, por poner un ejemplo, se constató que las cinco primeras causas de muerte de las personas de más de 64 años durante 1999 fueron la diabetes, el infarto, las enfermedades pulmonares, la insuficiencia cardíaca y las neumonías. Si bien entre los 65 y 69 años la diabetes fue la primera causa de muerte, el infarto lo fue entre las personas de 85 años y más (Ordorica, 2001). Por otro lado, datos como los concernientes al grado de demencia y depresión, esperado en estas edades, se desconocen por no contarse con un adecuado registro

de las afecciones que no sean causa de muerte o de ingreso hospitalario (Gutiérrez, 2001).

Instrumentos

Al efecto, se emplearon los siguientes instrumentos:

Entrevista social y observación directa para descartar patologías severas.

Historia clínica, con vistas a llevar un control de las patologías de tipo físico, tratamiento, medicación y evolución con relación al tratamiento.

Test Biopsicosocial, desarrollado por Oliva en 1999 para los efectos de esta experiencia. Permite recoger los elementos fundamentales de tipo psicológico y físico que se deseaba medir en el estudio.

Test de Musicoterapia (cfr. Posh, 1999), para explorar los gustos musicales y proceder así en el tratamiento musical con cada paciente.

Técnicas

Audición musical con sus modalidades de expresión verbal, escrita (en prosa y verso) y plástica (pintura). Se propone al paciente escuchar música, tanto dirigida que de su gusto personal, con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad y provocar recuerdos, imágenes y fantasías. Tiene varias modalidades: expresión plástica, oral y escrita.

Improvisación musical, según modelo de Brucia (cfr. Posh, 1999). Implica expresarse espontánea, libre y creativamente a través de cualquier instrumento musical, de la propia voz (canto) o del propio cuerpo (danza).

Técnica de viajes musicales de Cid (cfr. Posh, 1999). Se plantea al paciente viajar imaginariamente a diversos países o lugares con ayuda de carteles o postales alusivas a la música descriptiva de cada lugar indicado, con el apoyo adicional de poesías o descripciones poéticas. Ayuda al paciente a evadirse (salir de sí mismo) recordando experiencias positivas y regresar a la realidad con un espíritu más positivo.

Canto, ya sea a través de la improvisación musical antes descrita o a través del diálogo musical. Consiste en intercambios de secuencias musicales improvisadas entre dos o más personas, quienes pueden expresar una pregunta, aseveración, admiración, negación, duda, odio o amor.

Danzaterapia. Consiste en expresar a través del movimiento del cuerpo, el ritmo, melodías o canciones que escuchan o cantan ellos mismos.

Técnica de relajación de Schultz con fondo musical a fin de lograr estados de sedación en las sesiones, y también para enseñar a los sujetos su uso paralelo con la aplicación de músicas sedantes y su uso ulterior de forma individual.

Música utilizada

Con independencia de las piezas específicas tomadas en cuenta según la patología y gustos individuales (ver ejemplos en Resultados), el tratamiento incluyó piezas de música de diversos géneros: música clásica cubana (piezas de Cervantes, Saumell, Lecuona), música popular cubana (danzón, cha-cha-chá, mambo, bolero) y música clásica internacional (Mozart, Beethoven, Debussy, Bach, Chopin, Vivaldi).

Instrumentos musicales

Se utilizaron fundamentalmente piano, claves, maracas, bongoes, guitarra y tumbadora. Por otro lado, para la reproducción de la música grabada, se utilizaron equipos de música de casetes y tocadiscos. Asimismo, para el canto colectivo se usaron en ocasiones algunos cancioneros.

Procedimiento

Las sesiones, de una hora de duración, se desarrollaron con una frecuencia semanal en un local con

condiciones adecuadas de iluminación, acústica y ventilación.

Los grupos se dividieron en siete subgrupos, en su mayoría compuestos por diez personas de ambos sexos, que recibieron al final entre 12 a 14 sesiones. Al inicio se recogía toda la información necesaria, tanto de carácter físico como psicosocial, a través de las entrevistas y revisión de la historia clínica. También se les aplicó el test de musicoterapia de Poch (1999). La entrevista individual y el test biopsicosocial se repitieron al finalizar las sesiones de tratamiento.

Las sesiones comprendieron las técnicas activas y pasivas antes descritas, en el entendido de que el cantar, tocar, improvisar y escuchar son actividades musicales que se emplean con fines terapéuticos y se determinan a través de las características individuales manifiestas en las pruebas previamente realizadas.

El tiempo de tratamiento fue de nueve meses para todos los grupos, entre los cuales se apreció muy baja deserción (cinco mujeres y dos hombres), que abandonaron el tratamiento por razones de traslado de domicilio, viajes y, en un caso, intervención quirúrgica.

RESULTADOS

De la aplicación del Test Biopsicosocial al inicio y al final del tratamiento, se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla 1, ejemplificados en cada caso por el número de pacientes.

Tabla 1. Cambios observados en los pacientes posteriores al tratamiento.

Variables	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
<i>Características personológicas:</i>		
Pesimismo	18	7
Agresividad	15	3
Poca comunicación	33	10
Desinterés	20	4
Tristeza	24	3
Escasa relación familiar (comunicación)	50	32
Soledad	53	3
Recreación	10	42

Utilización de los procedimientos musicoterapéuticos en relación con los síntomas más frecuentes del grupo

Con independencia del trato personalizado con el que se orientó el tratamiento en su conjunto, en el cual hasta los ejercicios de caldeoamiento usados al inicio de cada sesión tenían como base los gustos musicales de cada sujeto, sus recuerdos de la infancia y otros datos extraídos del test musical para aclimatarlos a las sesiones, los mismos tenían elementos comunes orientados de acuerdo a las patologías más frecuentes encontradas en los grupos, del modo como se ilustra abajo.

Pesimistas

Tomando en cuenta las características de bajo o nulo deseo de socialización, retraimiento e imposibilidad de visualizar con esperanza el futuro como rasgos comunes en este tipo de pacientes, el tratamiento musical estuvo sustentado en juegos musicales de participación e interacción de grupo. Se utilizó la técnica de audición musical (evocación) en sus modalidades de expresión oral y escrita.

Los principales temas utilizados, dentro del ámbito internacional fueron, a saber: Nocturnos de Chopin, Serenata No. 13 en sol mayor de Mozart, Sexta Sinfonía ("Pastoral") y sonata *Claro de Luna* de Beethoven. De los clásicos cubanos, *Los tres golpes* y *La camagueyana*, de Ignacio Cervantes, y *Danza Lucumí*, así como *Estás en mi corazón*, de Ernesto Lecuona. También se utilizó la técnica de improvisación musical con el objetivo de propiciar la creatividad y fomentar la libertad interior.

Agresivos

Las personas agresivas necesitan una canalización adecuada de sus impulsos y sentimientos reprimidos. Por lo tanto, el tratamiento en estos casos se basó en juegos interactivos donde pudieran liberar tensiones. También se aplicaron ejercicios de relajación utilizando el método de Shultz, con un fondo musical de canciones de Vangelis y de Enya. La técnica de audición musical fue empleada a través de la modalidad de expresión plástica. Para ello, se ponía de fondo la sonata *Claro de Luna* y la Sexta Sinfonía de Beethoven, así como

las composiciones cubanas *Fiebre de tí*, de Juan Arrondo, *Te quedarás*, de Alberto Barreto, y *Ahora soy tan feliz*, de Benny Moré.

La improvisación musical, por último, propició la descarga de impulsos internos a través del uso de instrumentos de percusión, como tumbadoras y bongoes.

Desinteresados, tristes y poco comunicativos

Para aquellos agrupados en estas categorías, se comenzaban las sesiones con juegos interactivos que necesitaran de la comunicación verbal entre los miembros del grupo (por ejemplo, la presentación musical a través de los nombres cantados de uno hacia el otro).

La técnica de los viajes musicales resultó de mucha ayuda en la expresión verbal, así como la danzaterapia en la expresión corporal. Para esta última se empleó la música de danzones y sones cubanos. El canto sirvió a los sujetos como medio de autoexpresión, y el diálogo musical contribuyó al intercambio y motivación de los integrantes del grupo terapéutico.

Ejemplos de experiencias individuales de tratamiento

Paciente MPL: 67 años, APP (antecedentes patológicos personales), HTA (hipertensión arterial), cardiopatía isquémica. Llegó a las sesiones de musicoterapia en un alto estado depresivo. En el test de musicoterapia refirió agradecerle mucho Luciano Pavarotti. En la siguiente sesión se le llevó un tema interpretado por dicho cantante y se utilizó la técnica de evocación mediante la audición musical. Se observó entonces en ella cierto estado ansioso, palidez cutánea y ojos llorosos. Al terminar la pieza se propició que se expresase, a lo que argumentó que dicha canción era como un lamento, depresiva, tal y como se sentía en ese momento. En el decurso de esa sesión explicó la difícil situación familiar en que se encontraba, causa de su depresión actual. Al finalizar pidió escuchar *El Danubio Azul*, manifestando una alegría desbordante al escuchar el vals, que evocaba recuerdos de su juventud. Más tarde fue más fácil abordar con ella algunos de los problemas existentes.

Paciente GEM: 66 años, APP, HTA, artrosis generalizada y polineuropatía periférica. Fue remitida a las sesiones de musicoterapia por tratarse de una anciana sola; vivía con un hijo que casi nunca estaba en la casa; no tenía problemas con su situación económica, pero sí presentaba mucha carencia afectiva, lo que implicó que con frecuencia refiriera a su médico de familia su estado depresivo. Al principio participaba muy poco en el grupo en las actividades de danzaterapia ya que se quejaba de dolores debidos a la neuropatía, hasta que en una sesión, al escuchar un paso doble, se levantó y bailó magistralmente con una alegría casi eufórica. “No pude contenerme ante la emoción que sentí”, refirió luego.

Paciente GAB: 64 años, APP, HTA y migraña. Fue enviada al grupo de musicoterapia por ser una persona con dificultades en las relaciones interpersonales (agresiva y muy impulsiva en ocasiones). Tenía serios problemas de convivencia (familia disfuncional), por lo que era muy poco comunicativa. Accedió a ingresar al grupo porque necesitaba un lugar donde relajarse. Poseía muy pocos gustos musicales, lo que dificultó su manejo en las sesiones. En una ocasión, ante la técnica de los llamados “viajes musicales”, se logró que se expresara recordando canciones, proverbios y juegos de su ciudad natal (Bayamo), y a través de la pieza musical *Bayamo en coche*, logró sonreír y bailar, mejorando a partir de entonces su estado de ánimo.

Paciente AVL: 69 años, APP, artrosis generalizada y diabetes mellitus. Es remitida al grupo por el diagnóstico de síndrome depresivo. Desde su comienzo en las sesiones se resistía a expresarse verbalmente y a participar en las actividades musicales, a pesar de referir que se sentía bien en el grupo. En una sesión en la que se le aplicó la técnica de imaginación guiada, en la cual los presentes deben imaginar su ascenso a una montaña mientras describen los obstáculos encontrados, la música de fondo consistió en un fragmento de la Sexta Sinfonía (“Pastoral”) de Beethoven. En esa ocasión, su descripción fue la siguiente: “Subo por una loma empinada y encuentro muchas piedras y rocas, pero las paso. Cruzo por un puente que va por encima de un río. Sigo entonces subiendo, aunque me canso. Al final de la montaña veo un joven que me espera sonriente vestido con ropa deportiva”.

Posterior a esta experiencia comenzó un proceso de abreacción, por el cual se supo acerca de las dificultades que atravesó para educar a su hijo ella sola y su extrema preocupación porque él lograra ser un deportista de alto rendimiento.

Paciente GGA: 70 años. Asistía a sesiones de musicoterapia por encontrarse deprimida. Este caso llegó a ser preocupante debido a que, a diferencia de otros integrantes del grupo terapéutico, se constataba poco avance luego de cinco sesiones, pues sólo se remitía a saludar tímidamente al resto de los pacientes y se resistía a participar activamente en otras actividades que se realizaban en cada sesión. No obstante, en la sexta sesión, durante una actividad de danzaterapia en la que se le pidió a los pacientes que se expresaran libremente, se levantó espontáneamente y pasó al centro del salón realizando movimientos con sus brazos y girando sobre su cuerpo. Así trataba de expresar toda la emoción que le proporcionaba la sonata *Claro de Luna* de Bethoven. Al terminar, lloraba, y al responder a una pregunta de un miembro del grupo dijo: “Siempre soñé con ser bailarina, y esa música me transportó a un escenario”. A la siguiente sesión llevó fotos de su juventud, se veía más animada, y a medida que avanzaron las sesiones se tornó más comunicativa.

DISCUSIÓN

En sentido general pudo apreciarse que el trabajo musicoterapéutico efectuado tuvo considerables repercusiones en las personas de la tercera edad que asistieron al mismo. De hecho, su estado anímico mejoró visiblemente, aumentaron su comunicación familiar y su interrelación social; disminuyeron su estado de soledad y marginación (frecuentes en esta etapa) y trastornos en la memoria y acreció su autoestima. Es interesante resaltar el entusiasmo con el que recibieron esta actividad, siendo que el tiempo de terapia constituyó para ellos un importante tiempo de entretenimiento y distracción, amén de conectarse con vivencias importantes de su pasado.

En cuanto a la relación entre el cuadro clínico presentado por los pacientes y la edad de los mismos, no se encontró ninguna relación significativa en tanto que las enfermedades que presen-

taban concuerdan con las que padece la media de los adultos mayores, o sea, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, artropatías y cuadros depresivos. Sin embargo, y a pesar de que no existió un control riguroso durante la experiencia, refirieron una merma en la cantidad de algunos medicamentos empleados para los dolores físicos y para aliviar la ansiedad y tristeza que los caracterizaba al inicio de la misma.

Se apreció cierta relación entre el cuadro clínico y la escolaridad, ya que los pacientes con mayor nivel de instrucción enfrentaban mejor la enfermedad y buscaban mecanismos de ayuda para vivir con más calidad. Ello fue evidente desde el inicio de las sesiones de musicoterapia al hablar de sus padecimientos, y se hizo más notorio en el curso de las mismas.

A pesar de que la muestra era mayoritariamente de mujeres (como suele ocurrir entre los grupos de tratamiento psicoterapéutico que asis-

ten por voluntad propia) —lo cual impidió establecer comparaciones significativas entre los sexos—, como tendencia se apreció que desde el punto de vista físico, ambos, mujeres y hombres, se comportaron de forma muy similar, en tanto que desde el punto de vista psicológico entre las mujeres predominó el cuadro depresivo.

Esta experiencia alienta a continuar su aplicación y perfeccionamiento en las personas de esta edad. La realidad circundante convoca a todos a prestarles una atención esmerada. Al fin y al cabo, la ley de la naturaleza impone que todos nacen, crecen, se desarrollan y mueren. Debe hacerse por los gerontes de hoy lo que se desearía para uno mismo en el mañana. Incluye el brindarles afecto, atención y no privarlos de disfrutar de la más bella de las artes: la música. Ella es capaz de arrancar los más ocultos sentimientos humanos y, como han reconocido grandes músicos, despertar la más profunda de las emociones.

REFERENCIAS

- Aldridge, D. (2001). Las terapias artísticas creativas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, *Memorias del Congreso de Musicoterapia y Arteterapia en las Enfermedades Neurodegenerativas*, Vitoria-Gasteiz (España), 14-16 de septiembre. Vitoria Gasteiz: Instituto Música, Arte y Proceso.
- Álvarez, M., Cordeiro, M. y Fernández, T. (1992). Aplicación experimental de técnicas musicoterapéuticas en una muestra de niños con trastornos de conducta. En N. Hernández, M. Llanio y M. Fernández (Eds): *Physiopathology of Nervous Systems*. La Habana: Academia: 108-112.
- Boxberger, R. y Cotter, R. (1968). El paciente geriátrico. En G. Thayer (Edit.): *Tratado de musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós: 285-296.
- Bright, R. (1993). *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico*. Buenos Aires: Bonun.
- Cabrera, G. (2001). El envejecimiento demográfico en el mundo. *Demos*, 13: 42-43.
- De la Osa, J. (2001). Llegar sin vergüenza a la vejez. Periódico *Granma* (La Habana, Cuba), 17 de marzo: 3.
- Di Prinzo, C. (2001). *Musicoterapia en geriatría*. Disponible en línea: <http://musicoterapianorte.com.ar>.
- Fernández, T., Cádiz, M. y Fajardo, R. (2000). Lateralidad manual y música relajante. *Psicología y Salud*, 10(1): 115-124.
- Fernández, T., Pérez L., N. y Cádiz, M. (1998). Esteseometría y música prointelectiva: estudio de la influencia sobre el tono cortical a través del método esteseométrico. *Música, Arte y Proceso* (Vitoria-Gasteiz, España), 5: 27-42.
- Fernández, T., Torres, J. y Virués, T. (1995). Efectos de la música ansiogénica y ansiolítica sobre la actividad eléctrica de alfa en sujetos con ansiedad patológica. *Estudios de Psicología* (Madrid), 53: 25-46.
- Gaertner, M. (1996). Music moments with the aged: Voulez-vous dancer, chanter, grandmere, grand pere? *Memorias del VIII Congreso Mundial de Musicoterapia*, Hamburgo, Alemania, 14-20 de julio. Hamburgo: Congress Center Hamburg: 231.
- Gutiérrez, L. (2001). Morbilidad en la población mayor: El proceso de la transición epidemiológica. *Demos*, 13: 8-9.
- Leao, L. y Negreiros de S., M. (1994). *A musicoterapia e o envelhecer: Uma experiencia clinica na casa Sao Luis para a Belice*. Monografía de conclusión de Curso de Formación de Musicoterapeutas. Río de Janeiro: Conservatorio Brasileiro de Música.
- Munro, S. y Mount, B. (1978). Musictherapy in paliative care. *C.M.A. Journal*, November, 4(119): 1029-1033.
- Ochman, F. y Lagunilla, P. (1998). Medicina para escuchar. *Muy Especial* (Edición española) 36: 75-78.
- Ordorica, M. (2001). Supervivencia y muerte en la población mayor: Grandes cambios en las causas de muerte de los mayores. *Demos*, 14: 10-11.
- Parlamento Latinoamericano (1996). *Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina*. Disponible en línea: http://envejecimiento_uficrie1.html.

- Partida, V. (2001). Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. *Demos*, 14: 6-7.
- Posh, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Presmanes, L. y Fernández, T. (1992). Psicoballet y musicoterapia. En N. Hernández, M. Llanio y M. Fernández (Eds.): *Physiopathology of Nervous Systems*. La Habana: Academia: 99-103.
- Rocabruno, J. y Prieto, O. (1992). *Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Tombs, M. (1968). Actividades musicales para pacientes geriátricos. En G. Thayer (Edit.): *Tratado de musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós: 295-298.
- Verdes, M. y Fernández, T. (1992). Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. En N. Hernández, M. Llanio y M. Fernández (Eds.): *Physiopathology of Nervous Systems*. La Habana: Academia: 104-108.
- Vidret, M. (1996). Grieving dynamics in geriatric care: A music therapy approach. *Memorias del VIII Congreso Mundial de Musicoterapia*, Hamburgo, Alemania, 14-20 de julio. Hamburgo: Congress Center Hamburg: 233.
- Winkelmayer, R. (1968). Programa estructurado de musicoterapia para pacientes geriátricos. En G. Thayer (Ed.): *Tratado de musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós: 299-306.