



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

CUIDADOS PALIATIVOS.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

LA MUSICOTERAPIA COMO INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA AL FINAL DE LA VIDA: UN PROYECTO DE INTEGRACIÓN.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** HOSPITAL DOCTOR MOLINER
- **Domicilio social:** Carretera PORTA COELI s/n 46118 SERRA. VALENCIA
- **CCAA:** COMUNIDAD VALENCIANA
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
Nombre y apellidos: VICTORIA ESPINAR CID. E-mail: espinar_vic@gva.es
Teléfonos: 961687900

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

<input type="checkbox"/>	Estatal
<input type="checkbox"/>	Comunidad Autónoma
<input type="checkbox"/>	Provincial
<input type="checkbox"/>	Municipal
<input checked="" type="checkbox"/>	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
<input type="checkbox"/>	Zona básica de salud
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 1. MAYO. 2014
- **Actualmente en activo:** SÍ
- **Prevista su finalización:** DICIEMBRE-2015.

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6. LINEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA
(línea de actuación)

INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En este proyecto están plasmadas vivencias y experiencias compartidas con personas que en un momento crítico de su vida encontraron en la música y en las canciones su forma de expresarse, su forma de contar inconscientemente aquello que su consciente no les permitía decir.

Debido a nuestra profesión conocemos semanalmente a muchas personas, todos ellos con algo en común, un ingreso hospitalario en una unidad de Cuidados Paliativos. Entrar en la habitación y presentarnos nunca es fácil, más que nada porque como dicen casi todos “yo no estoy para música”. Coincide en muchas ocasiones que ante una enfermedad grave, muchas personas nos han contado que han dejado de escuchar música, como dicen ellos “desde hace ya algún tiempo”. Un ingreso hospitalario es un período de tiempo en que la persona deja de ser persona, para convertirse en paciente. La vida se para, la música de esa vida se para.

Cuando entramos por primera vez a la habitación de un nuevo paciente, intentamos absorber el ambiente que se respira, analizar cómo podemos traducir lo que percibimos en música. Nos encontramos con el dolor, la preocupación, el malestar, la incertidumbre...un cúmulo de sensaciones y emociones que la persona muchas veces no sabe describir con palabras pero que la música es capaz de acompañar, de descifrar. La experiencia nos ha enseñado que la musicoterapia es capaz de encontrar su espacio y estar presente acompañando incluso en los momentos más delicados, en los momentos finales, ante la muerte.

En un primer momento la música que empieza a sonar sorprende, después engancha y finalmente, abre posibilidades. Posibilidades de responder, de cambiar, de comunicar, de conocerse, de evadirse...de vivir, de morir.

Las canciones que irrumpen en sus cabezas en un determinado momento, nunca llegan solas, siempre van acompañadas de un mensaje, de un recuerdo, de una sensación, de un suspiro. Está claro que cada uno de nosotros disponemos de un archivo musical en nuestro cerebro diferente y particular. Desde que nacemos vivimos acompañados de música y toda esa música, forma parte de la historia sonoro-musical de cada uno, de nuestra historia de vida.



Musicoterapia en el ámbito sanitario: evidencia científica:

La inclusión de numerosos artículos científicos sobre musicoterapia en las principales bases de datos médicas (Pubmed, Web of Knowledge, Science Direct, Elsevier, Cochrane,...) son la muestra de la paulatina integración de la disciplina como terapia necesaria en el ámbito sanitario y de la consolidación de la evidencia científica en musicoterapia.

Tomando en cuenta las revisiones Cochrane referentes a musicoterapia, destacamos los siguientes resultados:

- Bradt & Dileo (2010) concluyen que la musicoterapia reduce la ansiedad en pacientes con ventilación mecánica y en 2013, los mismos autores indicaron que la musicoterapia reduce la ansiedad en el preoperatorio, sugiriendo nuestra disciplina como una opción válida para la reducción de la demanda de sedantes y ansiolíticos en ese momento de tanta vulnerabilidad.
- Geretsegger, Elefant, Mössler, & Gold (2014) afirman que ayuda a los niños con trastorno del espectro autista a mejorar sus habilidades en interacción social, comunicación verbal, iniciativa y reciprocidad social y emocional.
- Mössler, Chen, Heldal & Gold (2011) realizaron la revisión sistemática sobre los estudios con musicoterapia aplicada en pacientes con esquizofrenia, concluyendo que la musicoterapia nuestra disciplina mejora el estado global, los síntomas negativos y el funcionamiento social en pacientes con dicha enfermedad.
- Bradt, Dileo, Grocke & Magill (2011), tras su revisión sistemática indican que las intervenciones musicoterapéuticas pueden tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida en las personas con cáncer, así como un efecto sobre la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.
- Y finalmente, citaremos a Bradt, Magee, Dileo, Wheeler & McGillowat (2010), que afirman que la Musicoterapia es beneficiosa para la mejora de la marcha en personas con accidente cerebrovascular.

-Musicoterapia y cuidados paliativos:

Tras la apertura en Norteamérica, alrededor del año 1975, de los llamados “*hospices*” (hospitales para ofrecer cuidados paliativos a enfermos en el final de la vida), la musicoterapia fue usada como herramienta para trabajar con personas con dichas características².

En 1978, en Canadá, se publicó el primer artículo documentado en el que se describe la utilización de la musicoterapia como cuidado paliativo³.

²Gilbert, J. (1997). Music therapy perspectives on death and dying. *Journal of Music Therapy*, 14 (4), 165-171



Estos primeros escritos fueron la semilla para el desarrollo de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativos, cuya aplicación se ha visto desarrollada especialmente en Canadá, Australia, Suecia, Alemania y en Estados Unidos.

Salmon (2001)⁴ habla de la música en musicoterapia como el regalo que el musicoterapeuta ofrece al paciente, y que tiene la función de ser el objeto intermediario que permite que las emociones difíciles y el camino por el que transitan los enfermos al final de su vida, puedan ocupar un lugar seguro y protegido.

Ricciarelli (2003)⁵ expone que la música restaura la vitalidad del paciente en un entorno en el que se pierden progresivamente las oportunidades de tomar decisiones y tener autonomía, haciéndole “trabajar” y permitiéndole sentirse útil y competente.

En la música el paciente es capaz de expresarse más fácilmente que directamente hacia el musicoterapeuta, lo que provoca una mayor apertura hacia la expresión y el establecimiento de una comunicación más fácil y abierta.

Aldridge (1996)⁶ expone que “cuando creamos o tocamos música juntos, la diferencia entre “yo” y “el otro” desaparece. Es decir, el hecho de crear algo juntos y desarrollar un vínculo terapéutico sirve para que el paciente se sienta verdaderamente acompañado. Él es el que recorre el camino, pero el musicoterapeuta está ahí para acompañarle, y a veces, refleja, pregunta, dirige y/o le escucha durante el proceso terapéutico del paciente⁷, es así como la musicoterapia ofrece la posibilidad de relacionarse de manera igualitaria, de igual a igual.

Aldridge (1996)⁸, refiriéndose al *acto creativo*, afirma que “incluso en medio del sufrimiento es posible crear algo bello, y así se manifiesta la esperanza, con la expectativa de lo estético”. Habitualmente, respecto a la creatividad, se suele poner énfasis en el producto creado. Sin embargo, en musicoterapia el hecho más importante se da durante el proceso de creación, más que en el producto creado en sí.

El objetivo de los cuidados paliativos es facilitar la mayor calidad de atención a las personas que viven una situación de final de vida, incluyendo en la atención a sus familiares. Así lo ha definido la OMS en diferentes ocasiones. Para ello y desde una atención global, activa y continuada durante todo el proceso de enfermedad, se pretende abordar y dar respuesta a las necesidades de orden físico, psicológico, social y espiritual (WHO, 2002; WHO, 2004; WHO,

³Munro, S. y Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, 119, 1029-1034

⁴Salmon, D. (2001). Music Therapy as Psychoespiritual Process in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17 (3), 142-146

⁵Ricciarelli, A. (2003). The guitar in palliative music therapy for cancer patients. *Music Therapy Today (online)*, 2 (4). Extraído el 6 Febrero, 2009 de <http://www.musictherapyworld.de/modules/mmmagazine/issues/20030403093019/20030403094320/Alessi.pdf>

⁶Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers

⁷Aldridge, D. (Ed.) (1999). *Music therapy in Palliative Care* (pp. 9-13). London: Jessica Kingsley Publishers

⁸Aldridge, D (1999). Music Therapy and the Creative Act. En Aldridge, D (Ed.), *Music Therapy in Palliative Care. New Voices* (pp. 15-28) London: Jessica Kingsley Publishers.

2013) Estos objetivos sólo pueden ser asumidos desde la intervención de un equipo de profesionales que, desde sus diferentes conocimientos y habilidades, faciliten los recursos que puedan aliviar el sufrimiento que conlleva el proceso de morir.

Desde hace tiempo se conoce el rol que la "medicina complementaria" juega en el ámbito de la salud (Spiegel et al., 1998). Pero es en los últimos años, cuando cada vez son más las distintas disciplinas que, de manera complementaria a las convencionales, participan en el cuidado de pacientes y familias (Briscoe, 2013; Conrad et al., 2013; Hökkä et al., 2014; Van Hyfte et al., 2013; Osaka et al., 2009; Paul et al., 2013; Vandergrift, 2013; Verger et al., 2013).

En la actualidad, la musicoterapia se va integrando en los equipos de cuidados paliativos como una herramienta complementaria para acompañar en el proceso final de vida, facilitando espacios sonoros íntimos de comunicación, escucha, disfrute, expresión y creatividad. Espacios donde el sufrimiento y el miedo dejan paso a la apertura y la calma.

La diversidad de pacientes, cuidadores y ámbitos asistenciales hace necesario que las herramientas terapéuticas sean flexibles y capaces de adaptarse a la infinidad de necesidades que puedan surgir. Las características de la música como agente terapéutico posibilitan su utilización en las unidades de Cuidados Paliativos teniendo en cuenta que sus efectos afectan al ser humano de forma íntegra y holística, en todas sus dimensiones: física-corporal, cognitiva-mental, emocional y espiritual.

La reducción de la percepción del dolor es otro de los objetivos en la musicoterapia para pacientes al final de la vida. Magill (1996)⁹ enumera cuatro teorías por las cuales, la música ayuda a mejorar esta importante variable en los cuidados paliativos teniendo en cuenta:

- La relación psicológica entre la música y el dolor.
- Las estrategias cognitivas que se pueden utilizar como ofrecer estímulos que compitan con la atención prestada al dolor.
- La influencia de la música en los mecanismos espinales que están involucrados en la modulación del dolor.
- El efecto de la música en el aumento de las endorfinas.

En el estudio empírico de Krout (2001)¹⁰, con 80 pacientes con diferentes patologías, con una esperanza de vida de 6 meses, se concluyó que una sesión de musicoterapia producía un efecto significativo positivo en la escala de percepción subjetiva del dolor, en el bienestar físico y la relajación.

⁹ Magill, L. (2001). The Use of Music Therapy to Address the Suffering in Advanced Cancer. *Journal of Palliative Care*, 17 (3), 167-172

¹⁰ Krout, R. E. (2001). The Effects of Music Therapy Interventions on the Observed and Self-reported Levels of Pain Control, Physical Comfort and Relaxation of Hospice Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18, 383-390.



Włodarczyk (2003)¹¹ indica un incremento significativo de las puntuaciones en la escala de bienestar espiritual¹² aquellos días en los que se había asistido a una sesión de musicoterapia.

Hilliard (2003)¹³ concluye que la musicoterapia incrementa de modo estadísticamente significativo la calidad de vida de los pacientes, apreciándose también que la calidad de vida se incrementaba al prolongarse el número de sesiones que recibían los participantes.

8. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO:

VALORAR LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN:

1. Mejorar la calidad de vida.
2. Posibilitar un espacio de expresión.
3. Influir terapéuticamente en su estado de ánimo.
4. Potenciar la comunicación entre familiares y pacientes.
5. Reducir la percepción de dolor.
6. Promover la relajación.
7. Favorecer la introspección y la capacidad de recapitulación.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El Hospital Doctor Moliner¹⁴ es un centro público, perteneciente a la Agencia Valenciana de Salud, que presta atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLES). Está situado en la carretera de Porta Coeli s/n, en Serra (Valencia, España) y dentro de la Sierra Calderona.

El hospital tiene capacidad para la atención a 168 pacientes y cuenta con cuatro unidades diferenciadas: convalecencia, larga estancia, daño cerebral y cuidados paliativos.

La Unidad de Cuidados Paliativos, se creó en el año 1992 constituyéndose como Unidad de Referencia de la Comunidad Valenciana en virtud de una resolución de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana (14/2/1995).

¹¹Włodarczyk, N. (2007). The Effect of Music Therapy on the Spirituality of Persons in an In-Patient Hospice Unit as Measured by Self-Report. *Journal of Music Therapy*, 44, 113-122.

¹²Paloutzian, R. F. y Ellison, C. W. (1982). *Spiritual well-being scale (SWBS)*

¹³Hilliard, R. E. (2003). The effects of Music Therapy on the Quality and Length of Life of People Diagnosed with Terminal Cancer. *Journal of Music Therapy*, 40, 113-137

¹⁴<http://www.moliner.san.gva.es/castellano/inicio.htm> Extraído el 7 Septiembre, 2009



En la actualidad, la unidad consta de 18 habitaciones que permiten la estancia de 13 pacientes en régimen de habitación individual y 10 en régimen de habitación compartida, existiendo en todo caso infraestructura que permite el descanso de familiares o acompañantes.

El personal que atiende la planta está constituido por un equipo multidisciplinar formado por 2 médicos internistas, 7 enfermeras/os, 9 auxiliares de enfermería, una psicóloga clínica, una trabajadora social y otros especialistas cuya intervención es solicitada según las necesidades (apoyo espiritual, rehabilitación...).

En la unidad ingresan más de 200 enfermos nuevos al año, y el tiempo medio de estancia es de 32 días. Los pacientes atendidos pueden padecer cáncer en situación de enfermedad avanzada o terminal, con mal control sintomático o necesidad de cuidados de soporte durante el tratamiento oncológico, con escaso apoyo sociofamiliar o para cuidados temporales y descanso de los familiares ante la claudicación en el cuidado domiciliario. Igualmente se considera criterio de ingreso la atención y cuidados en los últimos días de vida. También son susceptibles de ingreso en la Unidad, pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas e irreversibles diferentes del cáncer y en las que se genera un importante nivel de sufrimiento, como enfermedades neurológicas (demencias, párkinson, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, comas irreversibles), insuficiencias orgánicas irreversibles (cardíaca, insuficiencia renal, cirrosis) y otras situaciones menos definidas que afectarían a pacientes ancianos frágiles con grandes discapacidades.

El ingreso de los pacientes se realiza de forma protocolizada, siendo derivados fundamentalmente desde diferentes hospitales de agudos de la Comunidad Valenciana.

10. METODOLOGÍA

La intervención musicoterapéutica es individualizada y se realiza en las habitaciones con el consentimiento del paciente y/o de los familiares.

Las técnicas usadas incluyen por una parte la implicación de los pacientes y/o familiares, cuando sus circunstancias lo permiten, en actividades expresivas y activas, mediante el uso de diferentes elementos sonoros, tales como instrumentos, el cuerpo y la propia voz. Y por otra parte, se utilizan técnicas de tipo receptivo, en que pacientes y familiares son implicados en las actividades mediante la escucha y percepción de estímulos sonoros, que provienen de música o estímulos grabados, o bien, de la producción de dichos estímulos en vivo, por parte de los musicoterapeutas. Estas técnicas son las improvisaciones referenciales y no referenciales, el uso de música editada, así como el trabajo con canciones.



Es preciso destacar que la música en vivo tiene un protagonismo esencial e insustituible en las sesiones de musicoterapia. La música que surge en las sesiones es propuesta teniendo en cuenta el estado del paciente, sus respuestas físicas a la música y su participación y gustos musicales. Por todo ello, la música utilizada no puede ser planificada de antemano, ya que está en función del estado del paciente y de sus necesidades. Las musicoterapeutas manejan estas variables que ofrece el paciente y así, uniéndolas a sus destrezas musicales, crean el espacio sonoro más adecuado para cada paciente.

El plan de actuación de la unidad es el siguiente:

1. Recogida de información sobre la derivación y el estado de los pacientes aportada por el responsable de la unidad.
2. Preparación del instrumental.
3. Intervención.
4. Recogida del material.
5. Aplicación y recogida de los protocolos de valoración.
6. Introducción de la información recogida en las bases de datos informatizadas.
7. Entrega informatizada de la ficha de registro semanal a los responsables de la unidad.

El musicoterapeuta está integrado en el equipo multidisciplinar de esta unidad, de modo que existe un intercambio de información sistematizado, tanto de las musicoterapeutas hacia el equipo médico como viceversa.

La evaluación de las intervenciones se realiza de forma sistematizada mediante unos registros elaborados específicamente para este proyecto, lo cual supone una innovación en los procedimientos de actuación y valoración de la intervención presentada. Los instrumentos de recolección de datos recogen los cambios observados en las áreas física, cognitiva, emocional y espiritual de los pacientes y también, en el área relacional/comunicacional cuando participan en las sesiones con sus familiares. Del mismo modo, se recogen datos sobre la percepción del paciente y/o familiar sobre el efecto personal sentido por la sesión de musicoterapia.

El análisis de los datos recogidos se lleva a cabo por parte de un profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia favoreciendo la coordinación intersectorial entre el sector sanitario y educativo de nuestra Comunidad.

Equipo interdisciplinar

Este proyecto se está llevando a cabo por dos profesionales musicoterapeutas, Ana Alegre Soler e Isabel Bellver, tituladas mediante el Máster Universitario de musicoterapia (Universidad Católica de Valencia, 2009), así como con formación musical (Título superior de música) y psicología (Licenciatura en psicología). Las musicoterapeutas son las encargadas de realizar las sesiones de musicoterapia y están integradas dentro del equipo interdisciplinar de la unidad de

cuídados paliativos, cuyo perfil profesional incluye a dos médicos, una supervisora de enfermería y una psicóloga. La transversalidad del equipo, que se materializa mediante reuniones e intercambio de información, es determinante para que los pacientes se beneficien de una atención con calidad y se experimente una coherencia e unidad en los objetivos terapéuticos que se plantean.

11. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Se ha realizado un análisis descriptivo transversal con encuestas autoadministradas y cuestionarios específicos.

La encuesta autoadministrada incluye los siguientes ítems:

- Datos del paciente o familiar:
 - o Género: masculino o femenino.
 - o Edad (en años).
- Valoración de la intervención: 5 posibles respuestas categorizadas.
 - o Muy buena. Buena. Regular. Mala. No sabe/no contesta
- Efectividad en los pacientes.
- Efectividad en los acompañantes.
- Valoración general sobre la sesión de musicoterapia
- Comentarios (texto libre).

Los cuestionarios específicos incluyen la siguiente información:

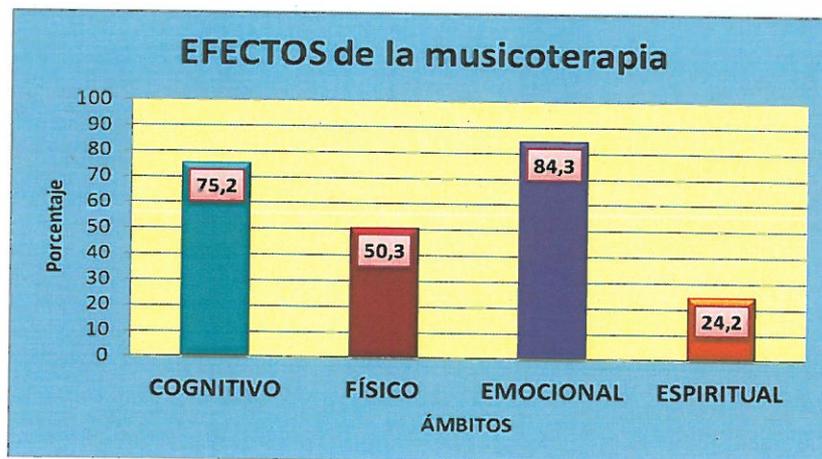
- Datos del paciente:
 - o Género: masculino o femenino.
 - o Edad (en años).
 - o N° de sesión.
 - o Si el paciente está acompañado: Si/no
- Efectividad en los pacientes.
 - o Ámbitos de influencia: cognitivo/emocional/físico/espiritual. Cada ámbito tiene subcategorías estandarizadas.
 - o Cambios visibles en el paciente. 5 ítems de evaluación pre/post donde se valora el sueño, el dolor, la sonrisa, la expresión y la inquietud.
- Comunicación con los acompañantes. 3 ítems de evaluación pre/post donde se valora contacto visual/ contacto físico/comunicación verbal.

RESULTADOS.

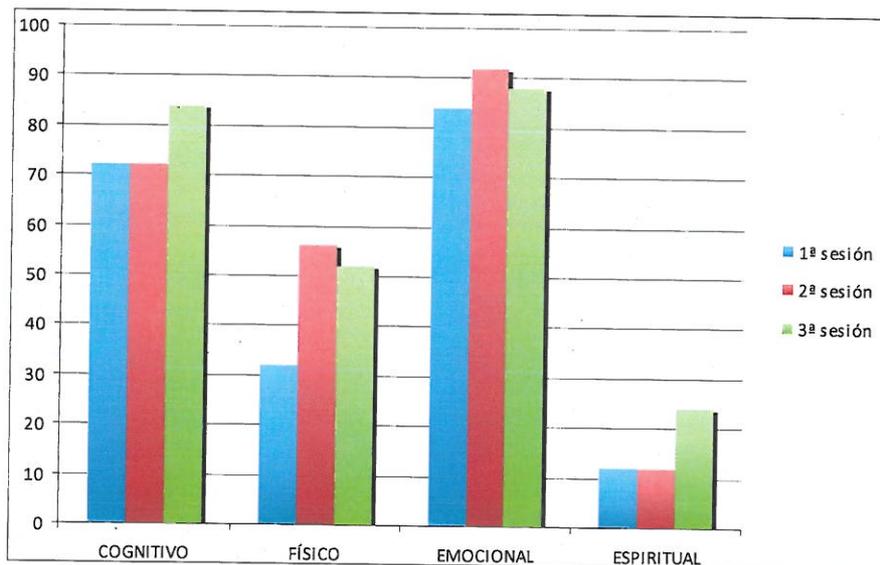
Durante el presente año se han realizado un total de 153 sesiones individuales de musicoterapia dirigidas a 48 pacientes que han sido acompañados por 102 familiares de la Unidad de Cuidados Paliativos. De las personas atendidas el 63% fueron hombres y el 37% fueron mujeres.



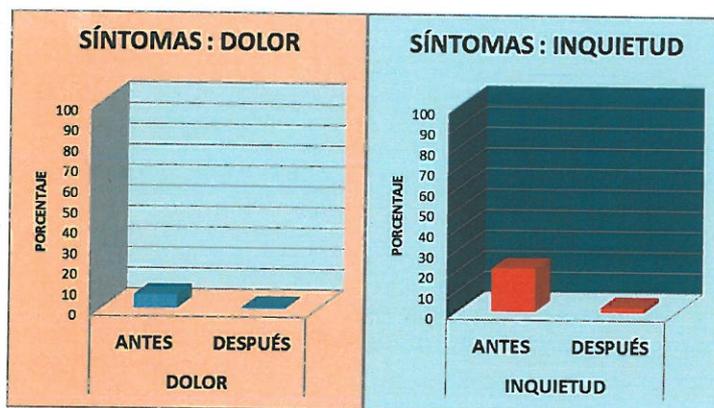
En cuanto a los efectos observados en los pacientes hay que destacar la influencia de la musicoterapia en los diferentes ámbitos de la persona. Si observamos la tabla siguiente, podemos constatar que aparecen cambios en el **ámbito emocional** siendo el *disfrute*, la *mejora del estado de ánimo* y la *emoción* las respuestas más observadas en los pacientes, en el **ámbito cognitivo** destacan principalmente la *estimulación de la memoria* o la *atención*, en el **ámbito físico** aparecen dos tipos de respuestas mayoritarias en el paciente, o bien la *relajación a través de la música* o bien, la *activación* con las consecuentes respuestas motoras. Por último, se ha comprobado que el **ámbito espiritual** requiere de mayor número de sesiones personalizadas y aplicadas con cierta regularidad para que aparezcan expresadas las necesidades espirituales del paciente en sesión.



En la tabla siguiente se puede verificar, cómo teniendo en cuenta aquellos pacientes que han tenido tres sesiones de musicoterapia, los efectos que se han percibido afectan a las cuatro áreas evaluadas siendo los efectos visibles desde la primera sesión.



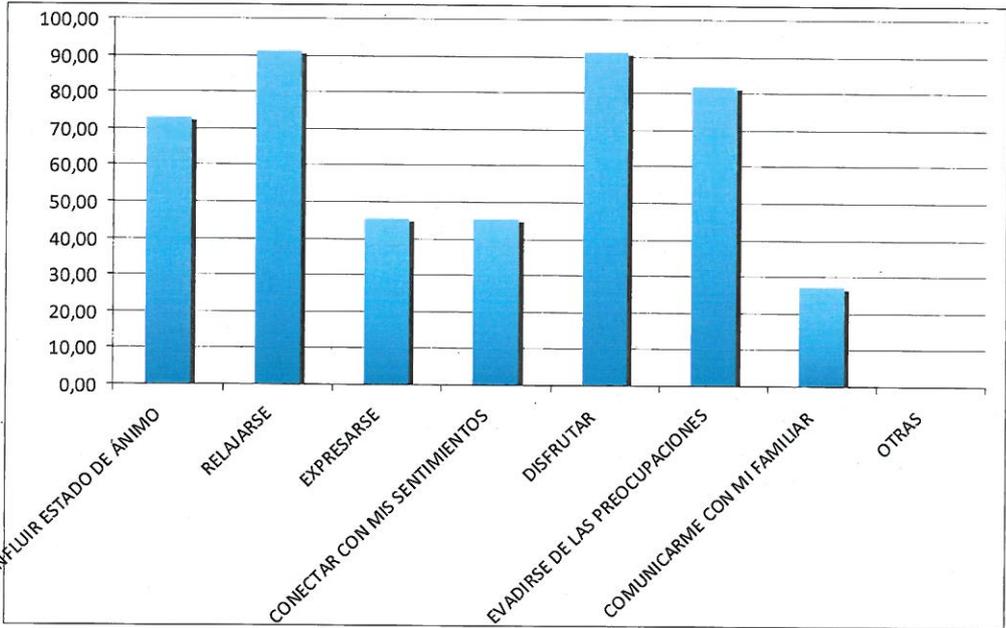
A pesar de que los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos presentan un gran manejo y control del **dolor** gracias a los cuidados médicos, en un 6,0% de los casos intervenidos el paciente verbalizó que tenía dolor antes de comenzar la sesión y sólo en un 0,7% persistió el dolor tras la sesión de musicoterapia. Otro de los síntomas más observado en los pacientes es la **inquietud** o cierto malestar que no saben definir pero que les genera desasosiego. Este síntoma estaba presente en el 20,9% de los casos antes de la sesión y sólo se siguió observando en un 2,0% de los casos tras la sesión.



Son remarcables los resultados en cuanto a las **respuestas emocionales**, ya que se presentan en un momento en el que los pacientes son especialmente vulnerables, en el final de su vida. Aparece la **expresión verbal** en un 85,6% de los casos (sólo estando presente en un 1,3% de los casos al entrar a la habitación) y **sonrisas** en un 70,6% (no mostrándose ninguna previamente a la sesión). Estos cambios en la expresión emocional del paciente suponen un primer paso hacia el bienestar que se desea ofrecer en estos momentos.

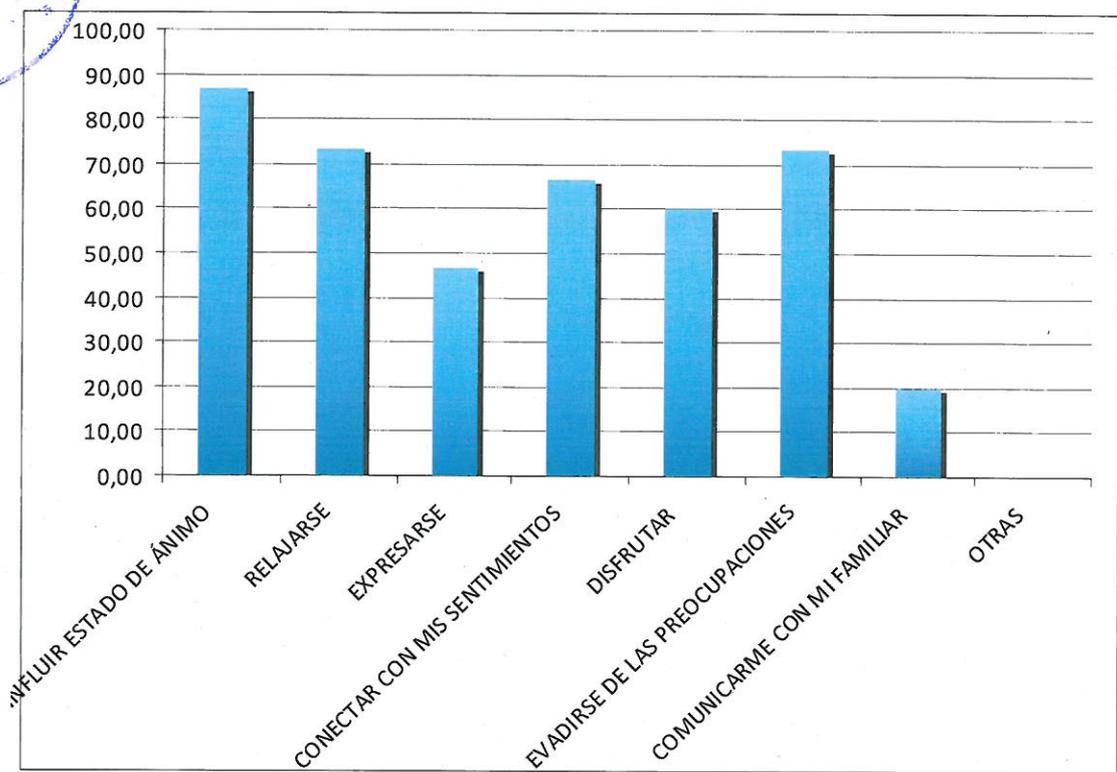


La tabla siguiente muestra el efecto de la sesión de musicoterapia percibido por el paciente evaluado a través de una encuesta autoadministrada donde se le preguntó para qué les había servido la sesión de musicoterapia:



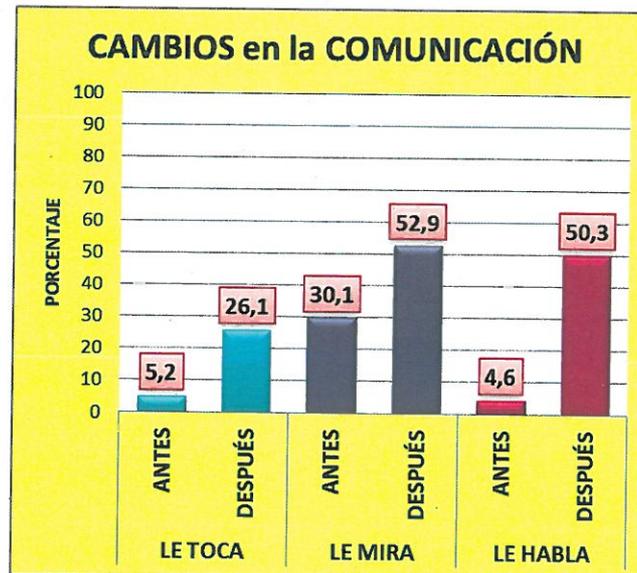
Las respuestas más señaladas fueron para **relajarse** (90%), para **disfrutar** (90%), para **evadirse de las preocupaciones** (82%) y para **influir positivamente en su estado de ánimo** en un 72,7%.

Del mismo modo que a los pacientes, se evaluó para qué les había servido la sesión de musicoterapia a los familiares que participaron como acompañantes siendo las respuestas las siguientes:



Las respuestas más señaladas fueron para **influir positivamente en su estado de ánimo** en un 86,6% de los casos, para **relajarse** (73,3%), para **evadirse de las preocupaciones** (73,3%) y para **conectar con mis sentimientos** (66,6%). Si se comparan las respuestas de pacientes y familiares podemos constatar que los beneficios percibidos por la sesión de musicoterapia en unos u otros difieren del mismo modo que difieren sus necesidades.

Otros de los datos registrado en esta investigación y que se consideran relevantes son los cambios registrados en la **comunicación que se da entre pacientes y familiares** aumentando tanto el **contacto visual**, el **contacto físico** como la **comunicación verbal** entre ellos. Una buena comunicación contribuye en mejorar la calidad de vida, nos permite ser nosotros mismos, conocernos y desarrollarnos como personas. Una buena comunicación nos permitirá transmitir aquello sobre lo que queremos dejar constancia en nuestra vida.



12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La experiencia mostrada en este proyecto y los resultados obtenidos a lo largo de este primer año de investigación confirman que la musicoterapia como instrumento de intervención terapéutica al final de la vida contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo su estado general, potenciando la comunicación entre pacientes y familiares y provocando cambios positivos en las áreas emocional, cognitiva, física y espiritual.

La función de la musicoterapia es la de acompañar al paciente, ofrecerle un marco que le ayude a transitar por los caminos que le quedan por recorrer y con ayuda de la música, provocar sensaciones que transformen la función de la música, que se convierta de un recurso para la evasión de los problemas a ser una herramienta para ayudar a afrontarlos.

Por otro lado, la iniciativa de apoyar proyectos de este tipo, donde el paciente se presenta como un ser bio-psico-socio-espiritual con necesidades en todos estos ámbitos hasta el final de sus días, contribuye en el cumplimiento de la filosofía del Hospital que aboga por una asistencia sanitaria completa y de calidad, aportando con la práctica musicoterapéutica una mayor humanización de la atención hospitalaria.

En este proyecto también se quiere resaltar la obligatoriedad de sistematización de nuestra práctica y la necesidad de continuación e innovación en investigaciones futuras que resulten de utilidad e interés para la comunidad médica y científica

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad