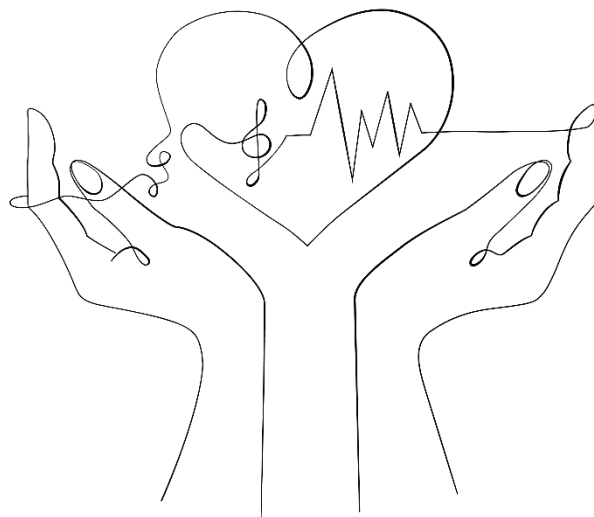


Efectos de un programa de musicoterapia en cuidadores informales de personas mayores para la mejora de la calidad de vida

Paula Pérez Núñez



Doctorado en Psicología

Neuro-e-Motion
Equipo de Investigación sobre aspectos Neuropsicológicos
y Psicosociales de las Enfermedades Raras

Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Deusto



Deusto
Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto

Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Doctorado en Psicología
Departamento de Psicología

Efectos de un programa de musicoterapia en cuidadores informales de personas mayores para la mejora de la calidad de vida

Tesis doctoral presentada por Paula Pérez Núñez,
para obtener el título de Doctora por la Universidad de Deusto
de acuerdo a los requisitos del título de Doctorado Internacional

Doctoranda

Paula Pérez Núñez

Director

Directora

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Clare O'Callaghan", written in a cursive style.

Dr. Imanol Amayra Caro

Dra. Clare O'Callaghan

Bilbao, septiembre 2024

Esta tesis se ha desarrollado en el Equipo de Investigación Neuro-e-Motion (Equipo de Investigación sobre aspectos Neuropsicológicos y Psicosociales de las Enfermedades Raras), perteneciente al Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Deusto. El Equipo Neuro-e-Motion ha sido reconocido por el Gobierno Vasco (Categoría B).

Este proyecto ha recibido financiación por parte del Departamento de Educación del Gobierno Vasco bajo el “Programa Predoctoral de Formación de Personal Investigador No Doctor” [PRE_2020_1_0088 a Paula Pérez Núñez].

El Dr. Imanol Amayra Caro, Catedrático de la Universidad de Deusto e investigador principal del equipo Neuro-e-motion, así como la Dra. Clare O'Callaghan, Profesora Asociada de la Universidad de Melbourne e investigadora en el Hospital St. Vincent's de Melbourne, certifican como directores que la tesis titulada “Efectos de un programa de musicoterapia en cuidadores informales de personas mayores para la mejora de la calidad de vida” representa un trabajo de investigación original, el cual es presentado por Paula Pérez Núñez para obtener el título de Doctora.

Director

Directora



Dr. Imanol Amayra Caro

Dra. Clare O'Callaghan

Bilbao, septiembre 2024

*“La música expresa aquello que no puede
decirse con palabras, pero no puede
permanecer en silencio”.*

Víctor Hugo

*A mi familia,
Ama, Aita, Fer y sobris,
por enseñarme a apreciar lo invisible.*



Agradecimientos

Esta tesis doctoral ha sido fruto de un proceso de crecimiento personal y profesional para mí. Es resultado de un duro trabajo, con altos y bajos, que no hubiera sido posible sin todas las personas que me han apoyado. A continuación, escribo unas palabras llenas de miles y miles de gracias, pero que se quedan cortas para agradecer todo lo que me habéis ayudado.

Quiero agradecer, en primer lugar, a mis dos directores de tesis, Imanol y Clare, quienes me habéis acompañado a lo largo de todo el proceso, porque sin vosotros no hubiera sido posible llegar hasta aquí. First of all, I would like to thank my two thesis supervisors, Imanol and Clare, who have supported me throughout the entire process. Without you, it would not have been possible to get this far.

Imanol, gracias por ser un apoyo en este camino, por ayudarme a superar los diferentes baches que nos hemos encontrado, aportándome, en los peores y mejores momentos, una serenidad basada en toda tu experiencia y trayectoria. Pero, sobre todo, gracias por abrirme tu puerta en la época del máster cuando me acerqué al final de una clase y te pregunté si os interesaría investigar sobre el arte y la música. Ese momento cambió mi vida. Yo ya estaba establecida en el mundo de la clínica, y jamás pensé que me encontraría haciendo un doctorado. Jamás me imaginé que esta motivación me llevaría a emprender la aventura de comenzar una línea de investigación y formarme para llegar a ser musicoterapeuta y llevar a cabo yo misma las sesiones. Gracias por confiar en una disciplina novedosa como es la musicoterapia, darle un espacio en tu equipo de investigación, y gracias por confiar en mí para sacarlo adelante.

Clare, I want to thank you for everything you have done for me over the years. It has been an honour that someone with your experience and dedication in the field of music therapy has taken the time to support me on this journey. Who would have thought that the woman I cited and read for my academic works would be the one to guide me through my doctoral adventure? Thank you for saying “yes” to that first email. I am so grateful for everything you

have taught me – from new research methodologies and new music therapy techniques to the clinical perspective of music therapy. Thank you for valuing my work; you have had very such kind words for me and everything I have done. I want you to know that I could not have achieved any of this without you. Thank you for making time for me despite all your projects. Thank you for the hours you invested in our video calls and for finding moments to connect across the time difference. Now that the PhD has finished, I hope we can keep in touch so I can continue to learn from you and, hopefully, collaborate on future research together. I also look forward to finally meeting you in person soon.

Normalmente este espacio es para agradecer a las personas más cercanas, pero no puedo dejar de lado todas y cada una de las personas que han colaborado en el proyecto de primera mano. En primer lugar, quiero dar las gracias a todas las personas cuidadoras que participaron en el proyecto. Gracias por sacar un hueco, no solo físico sino también mental, para colaborar en un proyecto sobre una disciplina que además desconocíais por completo, gracias por confiar. Me habéis enseñado mucho y sé que no era fácil para vosotras salir de casa para dedicaros un ratito. Aquellos/as cuidadores/as que participaron en las sesiones, gracias por abriros conmigo y con el grupo, por ser sinceros/as y crear momentos tan especiales a lo largo de las sesiones. Creasteis conexiones preciosas y lazos que a día de hoy continúan. Para mí, eso es lo más valioso y lo que más me llena de estos años. También quiero agradecer a las psicólogas de los centros por abrirme vuestras puertas y confiar en el proyecto. Naroa, Amaia, Esther, Selene, Eneritz... y todas las personas que habéis colaborado.

Gracias a Oporto, un capítulo del camino de la tesis doctoral que cambió mi vida. Gracias a esta ciudad tan preciosa por enseñarme tanto, por ayudarme a ver una parte de mí, por ayudarme a crecer profesional y personalmente. Gracias a Sofia por acompañarme y abrirme las puertas de la universidad y del equipo. Gracias por mostrarme un proyecto tan bonito, creado y llevado a cabo con tanto cariño, donde ofrecíais un espacio de música a

personas mayores. Gracias a vosotros he aprendido a ver la investigación desde un lugar más humano que a veces tendemos a perder. Gracias a todas las personas tan valiosas que encontré y no esperaba encontrar, me enseñasteis el verdadero significado de *Saudade*.

Otra parte fundamental ha sido el equipo *Neuroemotion*, gracias a todas las personas que conforman o han formado parte del equipo. Gracias a Esther, Juanfran, Maitane, Maddalen, Ane, Mercé, Imanol, Jaume, Nicole, Samuel, y a todas las personas que han participado en el equipo, cada una poniendo su esencia y haciendo especial el equipo aportando su granito de arena. Gracias porque he aprendido algo de cada uno de vosotros y vosotras a lo largo de estos años. En especial, quería dedicar unas palabras a algunos compañeros.

Oscar, gracias por estar siempre ahí, por decir sí siempre que lo he necesitado. Gracias por aportarme tanto, por ayudarme a ver todo desde otra perspectiva y, sobre todo, gracias por compartir tantos momentos juntos que han hecho que mi estancia en el equipo sea inolvidable. Por más Kirolaba y risas juntos. A ti Iru, que entraste al equipo como un torbellino, lleno de energía, conocimientos y ganas de aprender. He aprendido mucho de ti durante estos años. Pero sobre todo te doy las gracias por estar ahí durante todo el proceso que hemos vivido tan de la mano. Alicia, qué decir después de tantos años. Quién nos diría cuando compartíamos momentos con 15 años que tras otros 15 años seríamos compañeras de equipo. Pero, para mí eres mucho más que mi compañera, hemos compartido risas, lágrimas y miles de momentos juntas. Has sido un apoyo para mí que ha hecho posible que hoy esté donde estoy. Gracias por hacer del equipo un hogar y por estar siempre que lo he necesitado. Por último, pero desde luego no menos importante, Aitana. Apareciste unos años después en el equipo, pero te has convertido en una de las personas más esenciales de mi vida. Gracias por mostrar interés por el proyecto y por mí, por ayudarme y apoyarme siempre. Gracias por ser como eres, un ser de luz. Doy las gracias al universo por haberte puesto en mi camino. No tengo palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Espero poder estar para ti, al menos, la cuarta parte

de lo que tú has estado para mí. Me guardo para siempre la frase que me regalaste: *“No puedes volver atrás y cambiar el principio, pero puedes comenzar donde estás y cambiar el final”*.

Esta tesis no hubiera sido posible sin mi familia, sin mi aita, ama y Fer. Gracias por darme todo lo que he necesitado y lo mejor sin dudar. Yo no estaría donde estoy sin vosotros y sin vuestro apoyo. Gracias aita y ama por enseñarme el valor de la música, este proyecto nace de la inquietud que me habéis contagiado, esa curiosidad por aprender y conocer el mundo que nos rodea. Gracias aita, porque a pesar de ser a veces un poco gruñón siempre me has enseñado tu mejor lado, tu parte más cariñosa y el orgullo que sientes como padre de tus hijos. Gracias por enseñarme tantos artistas, siempre recordaré los fines de semana escuchando tus vinilos y tus charlas sobre datos curiosos. A ti ama, gracias por confiar en mí aun cuando yo no lo he hecho. Jamás has dudado de mis decisiones, aunque fueran en contra de lo que tu pensabas. Gracias por apoyarme en los mejores y peores momentos de toda mi vida, por reír y llorar juntas. Gracias por dedicar tanto tiempo, a pesar de trabajar tanto, a estar conmigo, a tocar el piano conmigo y enseñarme a sacar canciones de oído. Por último, gracias Fer, porque a pesar de la diferencia de edad que nos llevamos y de los diferentes que somos, has sido un hermano que siempre has estado ahí cuando lo he necesitado. Gracias por aportarme una visión distinta de las cosas, y gracias por animarme a salir de mi zona de confort. Sobre todo, doy gracias por todo lo que has logrado en tu vida, para mí eres un ejemplo de lucha, de perseguir lo que quieres y conseguirlo por ti mismo.

Quiero agradecer el apoyo de esa familia que se elige, mis amigas y amigos. No me dan las páginas para agradecer a todas las personas que os considero como parte imprescindible de mi vida. Gracias Moriano, Aitor, Diego, Pineda, Bustin, Gabi, Lucía, Raquel, Gabri, Zuriñe, y seguramente a muchas personas que me estoy dejando pero que me habéis aguantado en todo el proceso de mi tesis doctoral. Quiero hacer una mención especial a Janire, Nerea y Ali, quienes habéis estado ahí para ayudarme a levantarme siempre que lo he pasado mal o he

dudado de mí misma (que no han sido pocas veces). Pero no solo habéis estado ahí en los malos momentos, sino que sois las personas que siempre habéis estado en los buenos momentos. Siempre os habéis alegrado, a veces hasta más que yo misma, por las cosas buenas que me han pasado, de manera genuina, sin envidias, sin rencores, sois amigas de verdad, sois mi familia.

Gracias Janire por no habernos separado desde los 3 años. Gracias por haber crecido juntas, por habernos visto evolucionar mutuamente, por estar ahí viendo como aprendíamos de nuestros errores, siempre apoyándonos. A ti Nerea, gracias simplemente por ser como eres. Dando siempre más de lo que te das a ti misma, por estar siempre que lo he necesitado, sin dudarlo, e incluso aun cuando no sabía que te necesitaba. Te pido que no cambies y que nadie apague tu luz, porque eres una persona llena de bondad. Y gracias a ti Ali, gracias por haber aparecido en el máster, jamás pensé que podía crear unos lazos tan fuertes con una persona que conociera de tan poco tiempo. Gracias por ser uno de mis mayores apoyos, por estar para escucharme y por decirme lo que nadie se atreve a decirme. Gracias por hacer lo posible para que nuestra amistad se mantenga a pesar de la distancia, porque a pesar de estar lejos, siempre te he sentido cerca.

Para terminar estos agradecimientos, quiero dedicar unas palabras a Víctor, mi compañero de vida (y de tesis). No has formado parte de mi vida en todos los años que he dedicado a la tesis, pero no ha hecho falta para ser una parte fundamental e imprescindible para sacarlo adelante. Gracias por estar en los días malos, por entender mejor que nadie por lo que he pasado. Gracias por dedicar tantas horas a ayudarme a pesar de encontrarte exactamente en la misma situación que yo. Pero, sobre todo, gracias por mirarme como lo haces, por valorarme y aceptarme tal y como soy. Gracias por formar parte de mi vida y por apostar por formar una vida juntos. Estoy deseando cerrar este capítulo que compartimos de tesis doctoral e ir llenando nuestro libro de aventuras con todas las experiencias que nos quedan por vivir juntos.

Índice de contenidos

Glosario de abreviaturas.....	xxi
Prefacio.....	xxv
Abstract.....	29
1. Introducción	37
1.1. Envejecimiento	37
1.1.1. Envejecimiento de la población	37
1.1.2. Conceptualización del envejecimiento	39
1.1.3. Envejecimiento y dependencia	41
1.2. Cuidador informal	46
1.2.1. Variables psicosociales asociadas al cuidado informal	49
1.2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores informales...	49
1.2.1.2. Sobrecarga del cuidador informal	51
1.2.1.3. Depresión en el cuidador informal.....	58
1.2.1.4. Ansiedad en el cuidador informal	62
1.2.1.5. Estrategias de afrontamiento en el cuidado informal.....	66
1.2.1.6. Espiritualidad como afrontamiento del cuidador informal	74
1.3. Musicoterapia.....	78
1.3.1. Definición de musicoterapia	80
1.3.1.1. Música en musicoterapia.....	84
1.3.1.2. Paciente como persona activa	87
1.3.1.3. Musicoterapeuta	89
1.3.1.4. Relación terapéutica.....	92
1.3.2. Modelos teóricos	94
1.3.2.1. Imagen Guiada y Música	95

1.3.2.2. Musicoterapia analítica	97
1.3.2.3. Musicoterapia creativa	98
1.3.2.4. Modelo Benenzon	99
1.3.2.5. Musicoterapia conductista	100
1.3.2.6. Otros modelos teóricos: el Psiquismo Creador	101
1.3.3. Técnicas musicoterapéuticas.....	102
1.3.3.1. Técnicas activas	103
1.3.3.2. Técnicas receptivas	107
1.4. Musicoterapia aplicada a cuidadores informales	110
1.5. Justificación del estudio	115
2. Objetivos del estudio e hipótesis	121
2.1. Estudio I	121
2.2. Estudio II.....	122
2.3. Estudio III	123
3. Método	129
3.1. Muestra	129
3.1.1. Estudio I.....	129
3.1.2. Estudios II y III	130
3.2. Protocolo de evaluación.....	130
3.2.1. Estudio I.....	131
3.2.2. Estudio II.....	134
3.2.3. Estudio III	135
3.3. Protocolo de intervención	138
3.3.1. Diseño del programa de intervención	138
3.3.1.1. Técnicas de intervención.....	139

3.3.1.2. Espacio terapéutico y setting	140
3.3.1.3. Estructura de las sesiones.....	141
3.3.1.4. Tipo de aproximación	142
3.3.1.5. Modelo teórico	142
3.3.2. Descripción de las sesiones.....	145
3.4. Análisis estadísticos	153
3.4.1. Estudio I.....	153
3.4.2. Estudio II.....	154
3.4.3. Estudio III	155
3.5. Declaración ética.....	156
4. Resultados.....	159
4.1. Estudio I.....	159
<i>"Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency"</i>	
4.2. Estudio II.....	191
<i>"Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study"</i>	
4.3. Estudio III	233
<i>"Analysis of Songwriting Group Music Therapy Programme for Informal Caregivers of Older Adults"</i>	
5. Discusión	273
5.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación	286
5.2. Implicaciones prácticas	289
6. Conclusions.....	293
7. Referencias.....	303

8. Anexos	339
8.1. Artículos publicados	339
8.2. Dictamen del Comité de Ética	343
8.3. Tablas suplementarias del Estudio II	345

Índice de figuras

Figura 1. Evolución pirámides poblacionales	38
Figura 2. Modelo integrador de estrés y sobrecarga del cuidador	53
Figura 3. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman	67
Figura 4. Complejo sonido-ser humano-sonido desarrollado por Benenzon.....	85
Figura 5. Relación terapéutica paciente-música-terapeuta	94

Índice de tablas

Tabla 1. Diferencias entre el cuidado informal y formal	46
Tabla 2. Instrumentos autoplicados para evaluar la sobrecarga del cuidador.....	57
Tabla 3. Instrumentos para medir la sintomatología depresiva en adultos	61
Tabla 4. Instrumentos empleados para evaluar la ansiedad en población adulta.....	65
Tabla 5. Variables que conforman la categoría de Procesos Psicológicos del LIWC-22	137

Glosario de abreviaturas

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ANOVA	Analysis of variance / análisis de varianza
AOM	Analytical oriented music therapy
CIE – 11	Clasificación internacional de enfermedades, 11. ^a Edición
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DSM – 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EPD	Elderly people with dependency
GIM	Guided Imaginery and Music
HRQoL	Health-related quality of life
IB	Índice de Barthel
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISO	Identidad sonora
K-S	Kolmogorov-Smirnov
LIWC	Linguistic Inquiry and Word Count
MSS	Meaningfulness of Songwriting Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
QoL	Quality of life
SF-36	36-Item Short Form Health Survey
SGMT	Songwriting group music therapy
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SW	Songwriting
UN	United Nations
WFMT	World Federation of Music Therapy
WHO	World Health Organization

Esta tesis ha sido presentada con el objetivo de obtener el título de Doctora por la Universidad de Deusto, y es el resultado de tres estudios llevados a cabo en el Equipo de Investigación Neuro-e-Motion, vinculado al Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Deusto. A continuación, se presentan los tres estudios, dos de ellos publicados (véase Anexo 8.1.) e indicados junto a los indicadores de calidad (ISI Web of Science, Journal Citation Reports), y el Estudio III que se encuentra en revisión actualmente.

Estudio I

Pérez-Núñez, P., Martínez, O., Espinosa, P., Perosanz, A., García, I., O'Callaghan, C. (2024). Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency. *Healthcare*, 12(17):1683.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12171683>

[IF: 2.4, Q2 Health Care Sciences and Services]

Estudio II

Pérez-Núñez, P., O'Callaghan, C., López-Paz, J. F., Ruiz de Lazcano, A., Rodríguez, A. A., & Amayra, I. (2024). Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1334875>

[IF: 2.6, Q2 Psychology, Multidisciplinary]

Estudio III

Pérez-Núñez, P., O'Callaghan, C., Martínez, O., Caballero, P., García-Sanchoyerto, M., and Amayra, I. (2024). Analysis of Songwriting Group Music Therapy Programme for Informal Caregivers of Older Adults.

[En revisión]

Prefacio

Los cuidadores informales deben hacer frente a una situación compleja que tiene un alto impacto en sus vidas y en su propio bienestar. Debido al cuidado continuado de una persona cercana dependiente, es habitual que el cuidador manifieste una sobrecarga que implique una afectación tanto psicológica como física. La musicoterapia se presenta como una disciplina capaz de cubrir estas necesidades surgidas del cuidado informal. A pesar de que los estudios sobre los beneficios de la musicoterapia aplicada a este colectivo se encuentran en auge en la última década, las publicaciones existentes se consideran insuficientes. Esto se debe a que la mayoría de investigaciones se han desarrollado con muestras reducidas y conformadas por poblaciones concretas de cuidadores informales, padeciendo la persona cuidada demencia o alguna enfermedad oncológica. Asimismo, las intervenciones son cortas y/o poco detalladas y, pese a que suelen incluir al cuidador, no lo hacen como agente principal tratando sus necesidades individuales, sino junto con la persona dependiente, explorando así los efectos en la díada.

Estas lagunas identificadas en la literatura son las que motivan la realización de esta tesis, en la que el propósito principal es estudiar los efectos de un programa de musicoterapia basado en la composición de canciones aplicado a cuidadores informales de personas mayores. Con el objetivo de hacer frente a algunas de las limitaciones encontradas entre las investigaciones ya publicadas, esta tesis incluye el diseño de un protocolo de intervención extenso compuesto por diez sesiones, aplicado a un tamaño muestral superior y analizado a través de diferentes aproximaciones metodológicas. El trabajo realizado se basa en tres estudios empíricos que persiguen dar respuesta al objetivo planteado, precedidos por un exhaustivo recorrido por la literatura sobre la temática de estudio.

A modo de introducción se expone la problemática sobre el crecimiento demográfico de la población mayor y el consiguiente aumento de personas que se encuentran en situación

de dependencia debido a las consecuencias propias del envejecimiento. Estos factores motivan la necesidad de dedicar un segundo apartado a la figura del cuidador informal, una pieza fundamental en el cuidado de las personas mayores dependientes, que permite aumentar su esperanza de vida y su mantenimiento en el hogar. Este apartado presenta una revisión del concepto de cuidador informal y un análisis en profundidad de la sintomatología que pueden presentar a través de algunas de las variables psicosociales que pueden verse afectadas debido al cuidado. De esta manera, se ha aportado una descripción detallada de cada variable en cuestión, su relación con los cuidadores informales y los instrumentos empleados para su evaluación. Por último, para dar respuesta a estas necesidades de los cuidadores informales, se propone la musicoterapia como intervención psicosocial efectiva. Con dicho fin, se incluye un apartado centrado en el estudio de esta disciplina, con especial énfasis en su conceptualización, los modelos teóricos en los que se basa y las técnicas a través de las que se aplica la musicoterapia. Entre estas técnicas se otorga un mayor protagonismo a la técnica del *songwriting* o composición de canciones, ya que es la técnica fundamental en la que se basa la intervención diseñada.

A modo de cierre de esta introducción, y para dar contexto acerca del campo de estudio, se incluye una revisión de la literatura sobre los trabajos publicados hasta la fecha acerca de la aplicación de la musicoterapia con cuidadores informales. El análisis de esta revisión, ha facilitado la justificación de la presente tesis. Tras exponer estos antecedentes y literatura concerniente a la temática de estudio, se presentan los tres trabajos que conforman la tesis, dando respuesta a los objetivos e hipótesis planteados previamente. Para finalizar, se incluye una discusión sobre los resultados obtenidos y las conclusiones extraídas de dichos estudios.

El fin último de este proyecto es aportar una perspectiva multifocal que suponga un alto interés, tanto para la sociedad científica como para la clínica, y que, además, conlleve un impacto social. El valor de este trabajo reside en el enriquecimiento del conocimiento en el

campo de musicoterapia dirigida a cuidadores informales, permitiendo la replicabilidad de la intervención, haciendo así posible seguir investigando acerca de sus beneficios y aplicarla en servicios sociosanitarios. Asimismo, con los hallazgos reportados a través de este proyecto, se hace patente la necesidad de incluir este programa en diferentes servicios sociales. A su vez, se suma al valor científico de la musicoterapia, apoyando su relevancia y favoreciendo su reconocimiento como profesión, particularmente en el caso de España, donde queda un largo camino por regularizar esta disciplina a nivel académico y profesional.

Abstract

Informal caregivers are those people who provide care for a dependent person, generally a close relative, without specific training nor receiving any financial remuneration. These people often have to face demanding responsibilities that can negatively affect their lives, experiencing overwhelming stress and burnout, that lead to symptoms such as anxiety and depression. Considering these are the consequences of informal care, it is highly important to address the needs of caregivers and support them in the caring process, targeting specific resources for them. Despite the growing interest that the scientific community has shown in the study of different interventions for caregivers, music therapy is a novel discipline with few studies involving this population, and those that do exist have certain limitations. The literature tends to focus on the caregiver-care recipient dyad, employing small samples, as well as methodologies and intervention protocols that are not very exhaustive.

The present thesis has been carried out in order to overcome the gaps identified in the literature. Its main objective is to evaluate the effects of a group music therapy programme, based on therapeutic songwriting, applied to informal caregivers of older adults. To address this objective, the thesis has been composed of three studies. *Study I* assessed the effects of the music therapy programme on anxiety, depression, overload and health-related quality of life by comparing a sample of caregivers divided into a control and an intervention group. *Study II* analysed the experience of caregivers who participated in the intervention by using a mixed methodology, considering the perceptions of participating in the sessions, collected through an open-ended question, and the changes in psychological variables immediately after and three months after the intervention. Finally, the aim of *Study III* was to describe and analyse the group music therapy programme, evaluating the meaningfulness and content of the lyrics of the three songwriting approaches applied, in order to understand the mechanisms of change involved in the therapeutic process of informal caregivers.

The results obtained from the studies showed positive effects of the music therapy programme on informal caregivers. Regarding the interaction between groups and time, the effects of the intervention were revealed, showing an improvement in the intervention group compared to the control group. This improvement was seen in trait anxiety and in certain variables associated with health-related quality of life: social functioning, physical role and physical component summary. The findings obtained in relation to the experience of those who participated in the music therapy programme, suggested an improvement in emotional regulation and social support, leading to a psychological adjustment of the caregivers and an improvement in quality of life, reducing depression, anxiety, overload and bodily pain, and also improving mental health and variables related to spirituality. Concerning the effects of the intervention analysed through the compositions, it was observed that the songwritings created by the caregivers were increasingly meaningful for them. Besides, the compositions showed a decrease in analytical and affective content (from a positive to a neutral tone), as well as an increase in social and authentic content.

This thesis highlights the relevance to provide support to informal caregivers, showing how, despite the emotional impact of the caregiving situation, group music therapy based on therapeutic songwriting can help to improve their quality of life, with positive effects being reported. Through this project, it is highlighted how group cohesion, enabled by the intervention design, has facilitated introspection and emotional regulation. Thus, the findings reported in this work can enhance the inclusion of music therapy in care services targeted to informal caregivers, as well as the inclusion of diverse methodologies in researches that study the effects of music therapy to provide an integrated and multidimensional perspective.

Keywords: Music therapy · Group therapy · Informal caregivers · Quality of life ·

Songwriting · Psychological adjustment · Mixed methodology · Mechanisms of change

Resumen

Los cuidadores informales son aquellas personas que llevan a cabo las tareas de cuidado de una persona dependiente, generalmente de un familiar cercano, sin poseer una formación específica y sin recibir remuneración económica. Estas personas con frecuencia deben hacer frente a responsabilidades exigentes que pueden afectar negativamente a sus vidas, llegando a sentirse desbordados y quemados, derivando en una serie de sintomatología entre la que destaca la ansiedad o la depresión. En vista de las consecuencias a las que puede llevar el cuidado informal, resulta de gran relevancia cubrir las necesidades de los cuidadores y acompañarlos en el proceso de cuidado, dedicando recursos asistenciales exclusivos para éstos. A pesar de que la comunidad científica se ha interesado por el estudio de diferentes intervenciones dirigidas a los cuidadores, la musicoterapia es una disciplina en auge que cuenta con escasos estudios con esta población, y los existentes presentan ciertas limitaciones. La literatura sobre la musicoterapia aplicada a cuidadores informales tiende a dirigirse a la díada cuidador-persona cuidada, contando con muestras pequeñas, e incluyendo metodologías y protocolos de intervención poco exhaustivos.

Con el propósito de hacer frente a estas lagunas y limitaciones identificadas en la literatura, se ha desarrollado la presente tesis, cuyo objetivo principal se focaliza en evaluar los efectos de un programa de musicoterapia grupal, basado en la composición terapéutica de canciones, aplicado a cuidadores informales de personas mayores. Para dar respuesta a este objetivo, la tesis se ha compuesto de tres estudios. El *Estudio I* examinó los efectos directos del programa de musicoterapia en la ansiedad, la depresión, la sobrecarga y la calidad de vida relacionada con la salud, mediante la comparación de una muestra de cuidadores dividida en un grupo control y un grupo de intervención. El *Estudio II* analizó la experiencia de los cuidadores que participaron en la intervención diseñada mediante una metodología mixta, teniendo en cuenta la percepción sobre la participación en las sesiones, recogida a través de

una pregunta a abierta y, los cambios en variables psicológicas inmediatamente después y tras tres meses de la intervención. Por último, el objetivo del *Estudio III* fue describir y analizar el programa de musicoterapia grupal, evaluando la trascendencia y el contenido de las letras de los tres métodos de songwriting empleados, para comprender los mecanismos de cambio implicados en el proceso terapéutico de los cuidadores informales.

Los resultados obtenidos de los estudios mostraron efectos positivos sobre el programa de musicoterapia en los cuidadores informales. En lo relativo a la interacción entre los factores grupo y tiempo, se revelaron los efectos de la intervención, mostrando una mejora aquellos cuidadores que recibieron la intervención respecto al grupo control. Esta mejora se observó en la ansiedad rasgo y en ciertas variables asociadas a la calidad de vida relacionada con la salud: el funcionamiento social, el rol físico y la componente sumario física. Los hallazgos obtenidos en relación a la experiencia de los que participaron en el programa de musicoterapia sugirieron una mejora de la regulación emocional y del apoyo social, conllevando una adaptación psicológica de los cuidadores y obteniendo una mejora en la calidad de vida, reduciéndose la depresión, ansiedad, sobrecarga y dolor corporal, y mejorando la salud mental y variables relacionadas con la espiritualidad. En cuanto a los efectos de la intervención analizados a través de las composiciones, se observó que las canciones creadas por los cuidadores eran cada vez más trascendentes para ellos. Asimismo, las composiciones mostraron una disminución en el contenido analítico y afectivo (de un tono más positivo a uno neutro), así como un aumento en el contenido social y auténtico.

Esta tesis pone de manifiesto la necesidad de intervenir con los cuidadores informales, mostrando cómo, a pesar del impacto emocional que pueden presentar por la situación de cuidado, la musicoterapia en grupo basada en la composición terapéutica de canciones puede ayudar a mejorar su calidad de vida, encontrándose efectos positivos. A través de este proyecto, se subraya cómo la cohesión grupal, propiciada por el diseño de intervención, ha facilitado un

trabajo de introspección y gestión emocional. De esta manera, se espera que los hallazgos reportados en este trabajo favorezcan la inclusión de la musicoterapia en los servicios asistenciales dirigidos a los cuidadores informales, así como la inclusión de diversas metodologías en los estudios sobre los efectos de la musicoterapia para proporcionar una visión integral y multidimensional.

Palabras clave: Musicoterapia · Terapia de grupo · Cuidadores informales · Calidad de Vida · Songwriting · Adaptación psicológica · Metodología mixta · Mecanismos de cambio

I. Introducción

1. Introducción

1.1. Envejecimiento

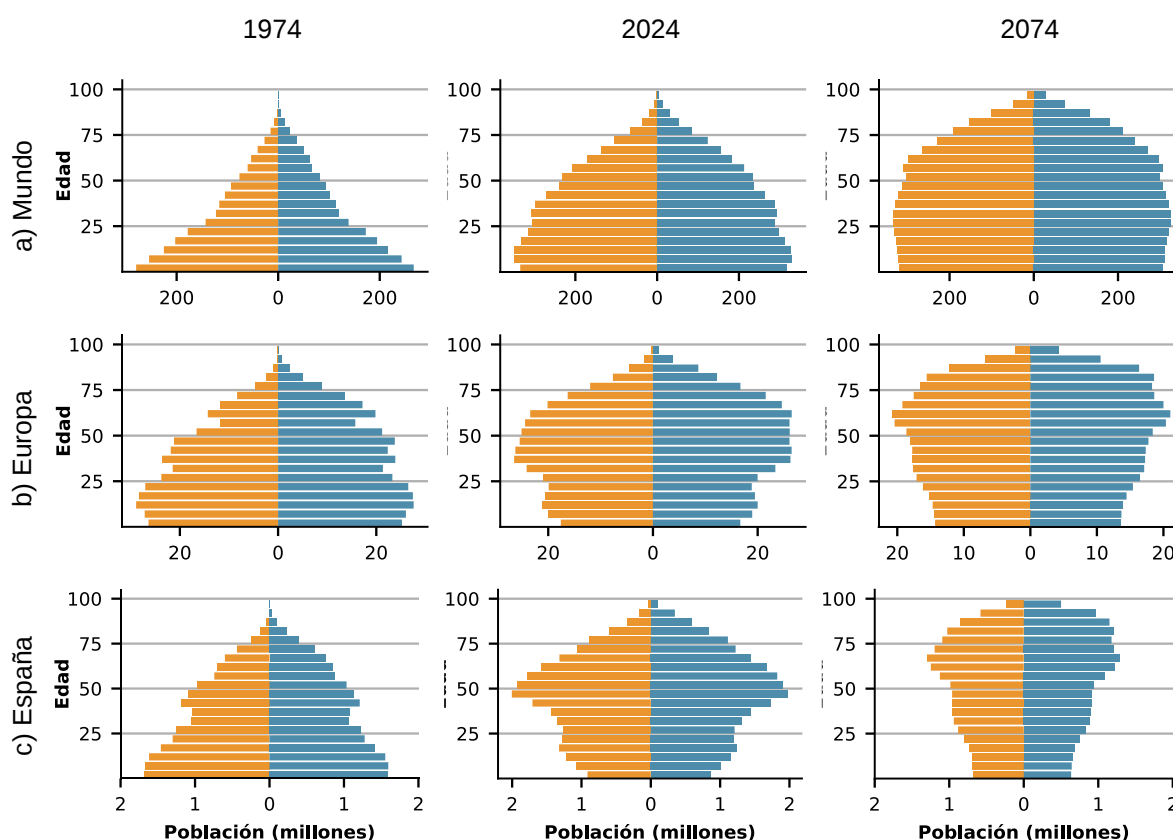
1.1.1. Envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial dominante, suponiendo una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI (Bloom y Luca, 2016). En los últimos años, se ha experimentado un incremento significativo del número de personas mayores de 65 años y, en particular, de las mayores de 80 años (Gómez Ayala, 2005a). Actualmente alrededor del 10% de la población mundial es mayor de 65 años y se prevé que este número sea más del doble en los próximos 30 años, pasando de 761 millones en 2021 a 1.6 billones en 2050, lo que supone un 16% de la población (United Nations [UN], 2023). Tal y como se puede comprobar en la Figura 1, las pirámides poblacionales han cambiado por completo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial.

Esta transformación demográfica se presenta de manera más pronunciada en Europa, siendo España uno de los países con mayor población envejecida (UN, 2022). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024a), a nivel nacional, la proporción de mayores de 80 años casi se duplicó entre 2000 y 2020, transicionando de un 3.62% a un 5.98%. Con respecto a la Comunidad Autónoma Vasca, las personas mayores de 65 años han supuesto el 23% de la población vasca a fecha de enero del 2021, ocupando el segundo puesto en el ranking de países de la Unión Europea (20.6%) con mayor población de más de 65 años (Instituto Vasco de Estadística, 2022).

Figura 1

Evolución pirámides poblacionales



Nota. Esta gráfica representa el proceso demográfico con respecto a la edad teniendo en cuenta datos de hace 50 años (1974), la situación actual (2024), y la que se prevé dentro de 50 años (2074). Se ofrece una comparativa de estos datos entre a) el mundo; b) Europa; y c) España. El color naranja representa a los hombres y el azul a las mujeres. Los datos han sido extraídos de UN (2022).

Coexisten varios factores que han llevado a este envejecimiento creciente de la población. Por un lado, a lo largo de estas décadas se ha dado un aumento de la esperanza de vida, lo que supone a su vez un aumento de la longevidad de las personas (Bloom y Luca, 2016). A nivel mundial, del año 2000 al 2019 la esperanza de vida ha aumentado 6 años (World Health Organization [WHO], 2024). España, en particular, se sitúa entre los países del mundo con mayor esperanza de vida debido, entre otros factores (Zueras y Rentería, 2020), a las

mejoras de las condiciones de vida y de la sanidad pública, así como a los avances de la tecnología médica (Abades Porcel y Rayón Valpuesta, 2012). Por otro lado, un factor influyente en la progresión de cohortes de gran tamaño hacia edades más avanzadas se trata del descenso de la natalidad, provocando un aumento de la proporción de personas mayores en todo el mundo (Bloom y Luca, 2016). En España, los indicadores de natalidad muestran este descenso, resultando en un 10.08 nacidos por 1000 habitantes en el año 2002 frente a los 6.88 del 2022 (INE, 2024b).

El fenómeno del envejecimiento de la población trae consigo cambios radicales en las necesidades y capacidades de la población, con implicaciones potencialmente significativas. Este envejecimiento presenta consecuencias sociales, económicas y políticas, sin olvidar las implicaciones sanitarias, ya que las personas mayores son el grupo poblacional que requiere más atención sanitaria (Sciubba, 2020). La falta de soporte social y problemas de salud, lleva a que las personas mayores requieran de un alto consumo de medicamentos e incluso a que ingresen con más frecuencia en los centros asistenciales sanitarios, suponiendo un aumento de los gastos de sanidad y servicios sociales (Abades Porcel y Rayón Valpuesta, 2012).

1.1.2. Conceptualización del envejecimiento

El envejecimiento supone la etapa final del ciclo vital de todas las personas, caracterizado por ser un proceso universal, inherente, progresivo y deletéreo (Strehler, 1977). Hasta la fecha, existe una dificultad en identificar una definición de envejecimiento ampliamente extendida o aceptada por la comunidad científica (Colloca et al., 2020). Se encuentran perspectivas y teorías sobre el envejecimiento focalizadas en dimensiones concretas, como el aspecto biológico, es decir, aquellos cambios a nivel molecular o celular; o el aspecto funcional, refiriéndose a la disminución de la capacidad de los órganos y sistemas del cuerpo para realizar sus funciones normales. Otros enfoques se centran en el aspecto psicológico, que implica cambios en la cognición, emoción y personalidad; o también en el

aspecto social, entendido como los cambios en el rol y posición social de los individuos a medida que envejecen (Carabalí, 2020; González de Gago, 2010).

No obstante, es relevante remarcar la multidimensionalidad de la persona para comprender el concepto de envejecimiento en su totalidad como parte inherente del ciclo vital. De hecho, diferentes autores coinciden en entender el envejecimiento como un proceso dinámico y multifactorial en el cual la persona experimenta una serie de cambios biológicos, funcionales, psicológicos y sociales que se producen a lo largo del tiempo (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Asimismo, un factor influyente en esta conceptualización es la cultura, poniendo de manifiesto la necesidad de identificar e incorporar las diferencias culturales en la concepción y visión del envejecimiento (Rodríguez Ávila, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b) parte desde un punto vista biológico, definiéndolo como resultado de una acumulación de daños moleculares y celulares, llevando a un descenso a lo largo del tiempo de las capacidades físicas y mentales. Esta disminución gradual y progresiva de la funcionalidad, puede llevar a una mayor susceptibilidad de padecer enfermedades y, finalmente, culminar con la muerte. Sin embargo, su perspectiva va más allá de los cambios biológicos, entendiendo el envejecimiento como un concepto asociado a diferentes transiciones vitales, como la jubilación o la muerte de amigos y familiares (Noto, 2023).

Un aspecto a resaltar sobre la conceptualización del envejecimiento es el hecho de establecer cuándo se considera que comienza la vejez. Actualmente, el parámetro más empleado para delimitar el envejecimiento es la edad cronológica, es decir, el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona (Stuart-Hamilton, 2012). Este parámetro trae consigo como cuestión a tratar el punto de corte de edad aplicado, ya que es un constructo social basado en otros factores, como pueden ser las tasas de desempleo (Alvarado García y Salazar Maya, 2014; Balcombe y Sinclair, 2001). Un ejemplo es el caso de España, donde se

relaciona la vejez con la jubilación, oscilando entre los 60 y los 65 años (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). No obstante, tal y como la OMS (2022b) afirma, los cambios surgidos durante el envejecimiento no son uniformes y la vinculación con la edad es más bien relativa. Por ello, el proceso de envejecimiento debe ser visto desde un prisma más amplio, contemplando otros factores personales como la edad biológica, psicológica o social (Nilsson, 2016; Stuart-Hamilton, 2012).

Cabe destacar que el envejecimiento no debe ser entendido como un sinónimo de enfermedad o ser asociado de manera directa con aspectos o connotaciones negativas, ya que el envejecimiento se trata de un proceso normal, no de una patología en sí mismo (Petretto et al., 2016; Rodríguez Ávila, 2018). En las últimas décadas, el desarrollo sobre los modelos de envejecimiento positivo ha tomado fuerza (Menassa et al., 2023). Persiguiendo este enfoque, se pueden encontrar conceptos como envejecimiento activo, saludable o exitoso, que promueven la optimización de oportunidades de salud para desarrollar y mantener la habilidad funcional que permite el bienestar de las personas mayores (B. Gutiérrez, 2022; Rowe y Kahn, 1997; Rudnicka et al., 2020). La OMS apuesta por medidas en favor del envejecimiento saludable desarrollando diferentes planes de acción. Su programa más reciente, bajo el nombre de “la década de envejecimiento saludable 2020-2030”, propone acciones concretas como promover investigaciones o alinear los sistemas de salud a las necesidades presentes y futuras de las personas mayores (Rudnicka et al., 2020). Sin embargo, es importante mencionar que esta perspectiva positiva no exime a las personas que se encuentran en proceso de envejecimiento de la aparición de alteraciones o patologías psicofisiológicas.

1.1.3. Envejecimiento y dependencia

Uno de los problemas relacionados con la situación demográfica previamente comentada (i.e. envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida), es el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes o hipertensión, así

como diversos problemas de salud mental, destacando la depresión (X. Sun y Li, 2023). A medida que nos hacemos mayores aumentan las posibilidades de sufrir enfermedades crónicas y, como consecuencia, una pérdida de la autonomía y/o capacidades funcionales. De hecho, el envejecimiento es el factor de riesgo predominante para la mayoría de las enfermedades y condiciones que limitan la salud, encontrándose en el año 2022 en España que el 66.8% de la población mayor de 65 años presenta al menos una condición crónica (INE, 2022).

Estas enfermedades crónicas pueden contribuir al desarrollo de los denominados síndromes geriátricos (OMS, 2022b). Este concepto hace referencia a cuadros complejos originados por una serie de enfermedades más prevalentes en las personas mayores, provocando con frecuencia una incapacidad funcional o social (Inouye et al., 2007). Los cuatro grandes síndromes geriátricos son: inmovilidad, inestabilidad/caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Estos síndromes presentan ciertas características en común como su elevada incidencia entre la población mayor de 65 años o la necesidad de abordarse de manera interdisciplinaria (Gómez Ayala, 2005b).

La relación entre las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos es bidireccional ya que las enfermedades pueden suponer un factor de riesgo para desarrollar síndromes geriátricos, pero a su vez estos síndromes pueden complicar el manejo de las enfermedades crónicas (Rausch et al., 2022). Un ejemplo de esta relación es que la hipertensión puede llevar a un deterioro cognitivo, pero al mismo tiempo una persona con demencia puede presentar dificultades para gestionar su medicación para la hipertensión (Zúñiga Salazar et al., 2024). Ambas condiciones tienen en común que conllevan una afectación de la capacidad funcional, reduciendo la habilidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente. Esta capacidad incluye tanto las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que corresponden al autocuidado personal; como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales se relacionan con la capacidad para llevar una vida independiente en

la comunidad (Edemekong et al., 2024). Entre las ABVD se encuentran: levantarse, acostarse, aseo personal, vestirse, comer por sí mismo/a, caminar y control de esfínteres. Por su lado, las AIVD son: lavar la ropa, cocinar, hacer las compras, gestionar la medicación, utilizar los medios de transporte, hacer gestiones y usar el teléfono.

Sin embargo, como menciona Gómez Ayala (2005a), la capacidad de vivir más años no ha ido acompañada de acciones encaminadas hacia retardar la pérdida de independencia. Y es que, también son mayores las posibilidades de que estas condiciones de salud provoquen dependencia en las personas en proceso de envejecimiento. El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es relevante remarcar que la dependencia no es sinónimo de vejez, puesto que puede aparecer a cualquier edad, aunque las personas mayores suelen ser las más afectadas. De hecho, hay un aumento de personas mayores con problemas de dependencia, encontrándose que la mayor parte de estas personas presentan enfermedades crónicas asociadas (Salvà, 2006). Con respecto a la aparición de esta dependencia, aproximadamente en el 50% de las personas mayores dependientes inicia de forma abrupta o catastrófica como consecuencia de una enfermedad aguda o un traumatismo. En lo que se refiere al 50% restante, la dependencia aparece de manera progresiva, siendo más alto este porcentaje en los grupos de mayor edad (Ferrucci et al., 1996).

La dependencia en nuestra sociedad está estrechamente ligada a procesos burocráticos. Para que la persona con dependencia o su familia reciba diversas ayudas es necesario que sea evaluada para estimar el grado de dependencia que presenta, conocer sus necesidades y proporcionar los recursos necesarios. En España, la dependencia está regulada a efectos normativos y de reconocimiento de derechos por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia. Los grados de dependencia se establecieron en tres categorías en función de la gravedad, basándose

en la autonomía de la persona y la intensidad de apoyo que requiere. Los grados se presentan a continuación en orden decreciente: gran dependencia (o grado III), dependencia severa (o grado II) y dependencia moderada (o grado I) (González-Rodríguez, 2017). Según los datos ofrecidos por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2024), la situación a mayo de 2024 muestra que el 75.52% de las personas españolas que solicitaron el derecho a prestación por dependencia fueron beneficiarias. Este dato implica que hay un porcentaje de personas que no reciben la prestación y que, en muchos casos, a pesar de ser beneficiarios, pueden tardar años en tener acceso a dichos recursos.

En vista de la importancia que presenta el papel de las evaluaciones de la dependencia de las personas en proceso de envejecimiento, se exponen a continuación los instrumentos más empleados. Para evaluar la dependencia en las personas mayores, se utilizan diversas escalas e instrumentos que miden la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Una de las herramientas más empleadas es el Índice de Barthel (IB), publicado por Mahoney y Barthel (1965), que evalúa la capacidad para realizar diez ABVD. El IB se trata del instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para la valoración funcional de las personas mayores (González-Rodríguez et al., 2017).

Por otro lado, se encuentra el Índice de Katz (Katz et al., 1963), elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamin Rose de Cleveland, que mide la independencia en seis ABVD. Cada ítem puede puntuarse si realiza la actividad de manera independiente o con poca asistencia (1 punto) o si requiere de gran ayuda o no puede realizarlo (0 puntos). Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos, donde “A” corresponde a la máxima independencia y “G” a la máxima dependencia (Katz et al., 1963). En comparación con el IB, da menos importancia a los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Otro instrumento es el Índice de Lawton y Brody (1969), elaborado específicamente para su uso en población envejecida, recogiendo información sobre ocho ítems

que evalúan la capacidad para realizar AIVD. Una escala ampliamente difundida en España es la Escala de incapacidad física de Cruz Roja, creada por el equipo del Servicio de Geriátrica de Cruz Roja en Madrid (Guillén Llera y García Antón, 1972). Este instrumento permite obtener información cuantificada del grado de incapacidad, evaluándose las actividades de la vida diaria, la ayuda instrumental para la deambulaci3n, el nivel de restricci3n de movilidad y la continencia de esfínteres.

En vista de la informaci3n aportada, es un hecho incuestionable el aumento de la necesidad de cuidados y atenci3n a las personas mayores. Nos encontramos en una poblaci3n envejecida, en la que cada vez hay m1s personas de edad avanzada y que presentan una progresiva dependencia para poder realizar las actividades de la vida diaria. A pesar de que la esperanza de vida ha aumentado, esta situaci3n supone un reto socioecon3mico, ya que existe una necesidad de supervisi3n y cuidado multidisciplinar. Como consecuencia, cada vez son m1s los miembros de la familia que se hacen cargo de su familiar mayor, presentando un papel muy importante en este cuidado. Estas personas que dedican su tiempo y prestan sus servicios de manera altruista se conocen como cuidadores informales o familiares, y ser1n el foco del siguiente apartado.

1.2. Cuidador informal

Uno de los principales criterios presente en las definiciones sobre el concepto de dependencia es la necesidad que tiene la persona de recibir asistencia por parte de otros durante un período prolongado de tiempo. Las personas requieren de cuidado cuando necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria, para poder vivir de forma autónoma, integradas en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Cuando una persona presenta estas dificultades, existen diferentes posibilidades de cuidado entre las que se encuentran: recibir cuidado informal, recibir cuidado formal, recibir cuidado formal e informal o que no reciba ningún tipo de cuidado (Rogerio-García, 2009). En la Tabla 1 se presentan las principales diferencias entre los dos tipos de cuidado.

Tabla 1

Diferencias entre el cuidado informal y formal

Cuidado Informal	Cuidado Formal
Se produce en un contexto relacional basado en un vínculo previo	Relación profesional determinada por un código de conducta
Recompensa indefinida	Recompensa monetaria
Tareas normalmente no planificadas centradas en apoyo emocional, enlace con los servicios formales y ayuda económica.	Tareas más especializadas, restringidas, planificadas y reguladas
Los cuidadores informales pueden estar de guardia constantemente	Los cuidadores formales trabajan en base a un horario definido
No suele haber relevo, aunque el cuidador esté enfermo o necesite vacaciones	Pueden disfrutar de permiso de descanso o de una baja por enfermedad

Nota. Adaptado de Goodhead y Mcdonald (2007).

En España, el principal apoyo como respuesta a las situaciones de dependencia procede de los cuidadores informales. Según Rogero-García (2009), de las personas mayores dependientes que reciben cuidados, el 89.4% proviene del cuidado informal. Existen diversas definiciones de cuidador informal en función de la legislación de cada país o incluso de la región, utilizándose a menudo indistintamente el término "cuidador familiar". Asimismo, los distintos estudios varían en la definición de los requisitos para considerar si se trata o no de un cuidador informal (Roth et al., 2015).

Castro et al. (2023) realizaron un análisis del concepto del cuidador informal y destacaron como característica esencial la presencia de un rol diádico en el que hay una persona que adopta el rol de cuidador/a y otra persona recibe el cuidado. De esta manera, identificaron cuatro precedentes: (a) una relación preexistente, (b) una persona que necesita cuidados, (c) la presencia de dependencia funcional, y (d) afecciones relacionadas con la salud o el envejecimiento. Adicionalmente, muchas definiciones comparten la idea de destacar que la persona que provee los cuidados informales no es profesional, implicando un cuidado no remunerado y por el que no reciben una formación reglada (Castro et al., 2023; Schulz y Tompkins, 2010; United Nations Economic Commission for Europe, 2019; Zhylybekova et al., 2023).

En el estudio del concepto del cuidado informal es necesario no pasar por alto una figura que destaca con respecto al resto. Esta figura se refiere a la del cuidador principal, también llamado cuidador primario, cuya importancia aumenta a medida que progresa la dependencia y la incapacidad de la persona dependiente (Gómez Ayala, 2005a). Como resultado de una búsqueda centrada en encontrar una definición de cuidador informal principal, Van Durme et al. (2012) lo presentaron como aquella persona que pasa más tiempo con la persona y/o quien la persona mayor declara que es su principal cuidador informal, para el cuidado o el apoyo del cuidado, y que no participa en una red formal de cuidados organizados.

El tipo de perfil de personas que se enfrentan al cuidado informal puede variar considerablemente en cada caso, aunque se suelen encontrar ciertas características comunes. Existen variables sociodemográficas que son recurrentes en las diferentes investigaciones, como es el caso del género, resaltando el mayor número de mujeres que de hombres que practican el rol de cuidador informal. Estas diferencias tienen su origen en diferentes factores, como la mayor esperanza de vida de las mujeres o los roles sociales y normas culturales de género, que motivan una mayor disposición de las mujeres hacia el cuidado (Rogerio-García, 2009).

El perfil de cuidador principal de personas mayores que predomina en España es el de una mujer, con una media de edad superior a 50 años, casada y con estudios primarios o inferiores. La relación de parentesco suele tratarse de la hija (31.4%) o la cónyuge de la persona que precisa de los cuidados (20.1%) (Esparza Catalán, 2011). No obstante, cada vez es más frecuente el perfil del varón cuidador, encontrándose que cuando los receptores del cuidado son personas mayores, la proporción de hombres cuidadores aumenta, al igual que la edad media (del Río-Lozano et al., 2013).

Las características sociodemográficas recurrentes del cuidador principal no es lo único que comparten estas personas. Los cuidadores informales suelen sufrir un impacto considerable en sus vidas, experimentando cambios en el bienestar, siendo los más comunes a nivel físico, psicológico, social y económico/laboral (Bauer y Sousa-Poza, 2015; Schulz y Monin, 2011). Los cuidadores informales tienden a vivir para el cuidado de la persona mayor, obviando sus propias necesidades y autocuidado (Mosquera et al., 2016). Este rol de cuidador suele conllevar sintomatología de naturaleza psicosocial como depresión, ansiedad, deterioro de las relaciones sociales y aumento de la soledad (Pinquart y Sörensen, 2003; Zwar et al., 2020), pudiendo llegar a experimentar una sobrecarga (de Valle-Alonso et al., 2015). Por esta razón, es crucial para el cuidador informal principal desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas y

adaptativas, suponiendo la manera de gestionar el estrés y sobrecarga asociado al cuidado un factor predictor del bienestar y calidad de vida del cuidador (Rodríguez-Pérez et al., 2017).

1.2.1. Variables psicosociales asociadas al cuidado informal

1.2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores informales

El término de calidad de vida lleva décadas discutiéndose en la literatura médica, dándole mayor relevancia a medida que los tratamientos médicos han ido prolongando la esperanza de vida de las personas (Karimi y Brazier, 2016). El hecho de definir el concepto de calidad de vida se ha presentado como un reto para la comunidad científica y clínica, desarrollándose varios enfoques desde los que definirlo. El mayor reto se debe a la dificultad encontrada sobre la exploración de los dominios que deben ser incluidos para definir el constructo de calidad de vida (Theofilou, 2013).

Las definiciones existentes pueden clasificarse en tres categorías: definiciones globales, definiciones divididas por dimensiones y definiciones focalizadas en uno o un pequeño número de componentes de la calidad de vida (Farquhar, 1995a). No obstante, en el conjunto de todas las definiciones, hay un consenso en entender la calidad de vida como un concepto multidimensional que incorpora la evaluación de la persona sobre su vida (de Wit y Hajos, 2013). La definición más extendida e influyente ha sido la aportada por la OMS, que define la calidad de vida como una percepción de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto cultural y sistemas en los que vive y en relación a sus metas, expectativas y preocupaciones (WHO, 1995).

Debido a la confusión y complejidad encontrada en su definición, muchas investigaciones hacen referencia al concepto de calidad de vida cuando en realidad se trata de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS; Farquhar, 1995b). En la literatura sobre las medidas del estado de salud se introdujo el término de CVRS, refiriéndose al impacto de la

salud y enfermedad en la calidad de vida de una persona (de Wit y Hajos, 2013; Karimi y Brazier, 2016).

La CVRS solo incluye aquellos factores y aspectos que forman parte de la salud de la persona. Actualmente, el concepto de calidad de vida incluye otros aspectos relacionados con el bienestar de la persona como factores económicos o ambientales, incorporando aspectos no relacionados con los médicos o sanitarios (Cai et al., 2021). Farquhar (1995a), en la clasificación previamente comentada, incluye la CVRS como parte de la tercera clasificación (definiciones focalizadas), ya que considera que, al operacionalizar el concepto de calidad de vida en términos de salud, se centra en un componente concreto de la calidad de vida.

Lizán Tudela (2009) afirma que hay tres aspectos fundamentales asociados a la definición de la CVRS: (a) esta variable se evalúa desde una perspectiva subjetiva; (b) la influencia evaluada se limita al estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud; (c) las dimensiones fundamentales de funcionamiento de la CVRS son el funcionamiento físico (deterioro de funciones, síntomas y dolor), psicológico-cognitivo (estados emocionales y funciones cognoscitivas) y social (aislamiento y autoestima asociados al rol social de la condición crónica).

Relacionando esta variable con los cuidadores informales, en adelante, en la presente tesis se hará referencia a la CVRS, ya que es el término empleado principalmente en contextos médicos y de salud para evaluar el impacto de enfermedades y efectos de tratamientos desde la perspectiva del paciente (Urzúa, 2010). El cuidado informal se ha relacionado con una afectación negativa en la CVRS. En concreto, se ha encontrado que las mujeres presentan una peor CVRS que los hombres, sobre todo en la dimensión de dolor físico. Ciertos factores predicen una pobre CVRS, como ser pareja de la persona que recibe los cuidados o que ésta presente niveles altos de dependencia. Otros factores del cuidador informal que influyen son la

edad avanzada, un mal estado de salud previo, pertenecer a una clase social baja o disponer de poco apoyo social (del Río Lozano et al., 2017).

La CVRS se mide empleando una gran variedad de instrumentos (Theofilou, 2013). El instrumento más importante y frecuentemente usado es el *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992), que aporta un perfil basado en ocho dimensiones sobre la salud funcional y bienestar, así como un sumatorio de medidas sobre salud física y mental. El SF-36 se ha utilizado en miles de estudios para población general y específica, lo que ha permitido comparar la carga relativa a diferentes condiciones, así como diferenciar los beneficios o daños para la salud de diversos tratamientos (Theofilou, 2013). Igualmente, se desarrolló el cuestionario de salud SF-12 (Ware et al., 1996), una versión reducida del SF-36 para aquellas poblaciones que debido a sus características les resultaba excesivamente largo. Este instrumento está formado por 12 ítems extraídos del SF-36 a partir de modelos de regresión múltiple, cubriendo cada una de las ocho dimensiones con uno o dos ítems. No obstante, no permite el cálculo de una puntuación específica para cada una de las ocho dimensiones (Iraurgi Castillo, 2007).

Otro instrumento ampliamente utilizado para evaluar la CVRS es el *European Quality of Life 5-Dimensions* (EQ-5D), desarrollado por el Grupo EuroQol (Rabin y Charro, 2001), elaborado para describir y valorar esta variable de manera genérica y estandarizada. El EQ-5D está disponible en dos versiones para adultos, con tres niveles (EQ-5D-3L) y cinco niveles (EQ-5D-5L) de opciones de respuesta, y una versión juvenil, EQ-5D-Y (Cabasés, 2015).

1.2.1.2. Sobrecarga del cuidador informal

Una de las variables que más influye negativamente en la CVRS de los cuidadores informales es la denominada sobrecarga, también conocida como *burden*. Se ha reportado cómo un 78% de una muestra de cuidadores mostraban sobrecarga intensa (Chango y Guarate, 2021). La sobrecarga es un concepto que lleva décadas empleándose para describir los efectos

negativos y el impacto que la relación de cuidados tiene sobre el cuidador. El origen de este término se remonta a 1963, cuando Grad y Sainsbury, en un análisis sobre el cuidado comunitario y el efecto que tenía sobre la familia, lo definieron como cualquier coste (consecuencias negativas) que supusiera para la familia a la que pertenecía la persona enferma.

Desde ese momento, la sobrecarga ha sido reconocida como un fenómeno común en la literatura sobre el cuidado de la salud (Chou, 2000). No obstante, la imprecisión de esta primera conceptualización ha llevado a diferentes definiciones acerca del significado de la sobrecarga de los familiares a cargo del cuidado. Esta problemática ha llegado hasta nuestros días, ya que a pesar de que la sobrecarga del cuidador lleva años en el punto de mira de las investigaciones científicas, es un concepto que carece de una definición clara, siendo compleja su comprensión (Bastawrous, 2013; Crespo y Rivas, 2015; Z. Liu et al., 2020).

Diferentes autores han contribuido a su entendimiento, aportando una visión más allá de la sobrecarga como concepto unidimensional. Hoenig y Hamilton (1966) fueron los pioneros en dicotomizar el concepto de sobrecarga en las dimensiones de sobrecarga objetiva y subjetiva. La sobrecarga objetiva se refiere a los eventos, actividades y demandas relacionadas con experiencias negativas del cuidado. Schene (1990) relaciona la sobrecarga objetiva con los síntomas y conductas de los pacientes dentro de su entorno y sus consecuencias. Este autor distingue seis aspectos objetivos: rutina doméstica, relaciones familiares, relaciones sociales, tiempo libre y carrera profesional, finanzas y parentesco con la persona cuidada. Por el contrario, la sobrecarga subjetiva involucra las reacciones emocionales, actitudes y percepciones que despiertan en los cuidadores al desempeñar sus funciones de cuidadores.

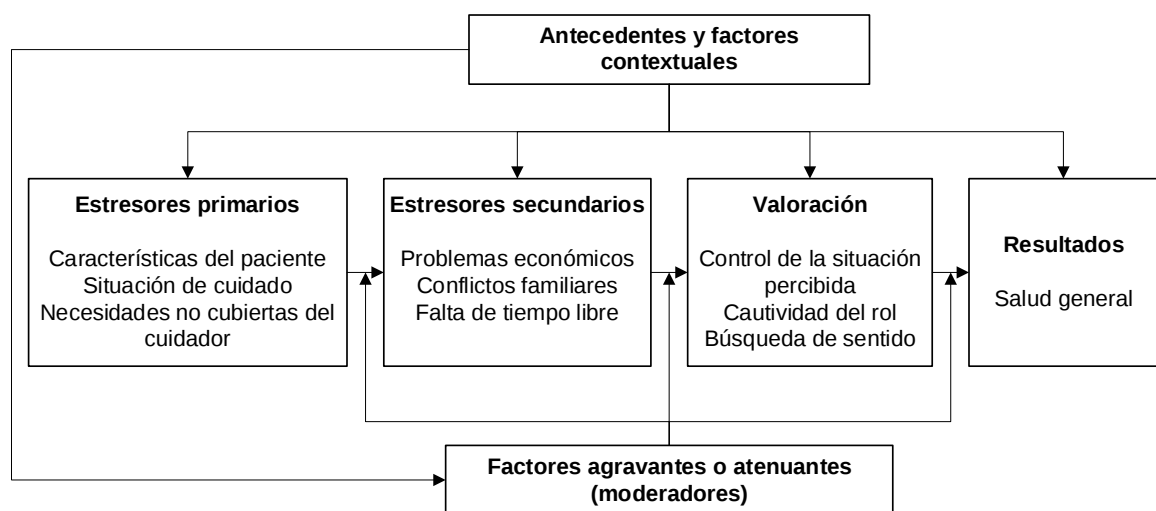
De manera más reciente, la sobrecarga también ha sido entendida como un constructo multidimensional, cubriendo normalmente cuatro aspectos: físico, financiero, psicológico y social. George y Gwyther (1986) definieron la sobrecarga del cuidador como los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales, o financieros que pueden experimentar los

miembros de la familia que cuidan de personas mayores dependientes. Esta definición, aparentemente sencilla, implica una amplia gama de experiencias que abarcan tanto las exigencias objetivas como los factores de estrés percibidos (O'Rourke, 2004).

Los diversos modelos teóricos existentes también han ayudado a ofrecer una comprensión más enriquecida sobre el concepto de sobrecarga del cuidador informal. A lo largo de los años, se han investigado dos modelos en particular: el modelo de procesamiento del estrés de Pearlin et al. (1990) y el modelo de valoración de Lawton et al. (1991). Por su lado, Sörensen et al. (2006) propusieron una combinación de ambos modelos, aportando un modelo integrador del estrés del cuidador. Como se puede observar en la Figura 2 el modelo de estrés y sobrecarga del cuidador de Sörensen está compuesto de seis elementos.

Figura 2

Modelo integrador de estrés y sobrecarga del cuidador



Nota. Adaptado de Sörensen et al. (2006).

Los estresores primarios se refieren a los elementos objetivos del cuidado, llegando a causar los denominados estresores secundarios, siendo éstos consecuencia de los primarios. Estos estresores secundarios son considerados mediadores entre los primarios y la valoración personal subjetiva que hace el cuidador de su situación y rol. Según la teoría de Lazarus y Folkman (1984) esta percepción corresponde a la evaluación del equilibrio entre las demandas y los recursos que tiene la persona. Este proceso de evaluación lleva a los resultados psicosociales, aunque también pueden ser conductuales o físicos. Todo este proceso puede verse influido por factores agravantes y atenuantes como las estrategias de afrontamiento o características de la personalidad, modificando la relación entre las otras variables (estresores primarios, secundarios, valoración y resultados). Finalmente, los antecedentes y los factores contextuales, como los sociodemográficos (p. ej. edad y género) y los culturales o étnicos enmarcan la experiencia del cuidador (Gérain y Zech, 2019; Sörensen et al., 2006).

Este tipo de teorías ayudan a comprender de manera más completa el concepto de sobrecarga, entendiéndolo como un concepto multidimensional y complejo, influido por varias variables. Es importante entender la sobrecarga como un proceso que no es estático sino dinámico y en continuo cambio. La sobrecarga depende de los cambios del entorno y de la situación de cuidado, debido a los cambios en las demandas, el grado de implicación de los cuidadores u otros factores influyentes (Chou, 2000). A lo largo de diferentes estudios se han identificado diversos factores predisponentes a la sobrecarga en las personas cuidadoras. Chou (2000) clasifica estos factores en relación a las características de los cuidadores, las demandas de los cuidadores y la implicación en los cuidados.

En lo referente a las características de los cuidadores se debe tener en cuenta, por un lado, la influencia de las estructuras sociales que rodean al cuidador, ya que ciertas características pueden ser más influyentes en la aparición de la sobrecarga (género, edad, estado socioeconómico y la raza o cultura). Un ejemplo de esta afirmación es el hallazgo relacionado

con respecto a que las mujeres suelen presentar más sobrecarga que los hombres (Adelman et al., 2014). Por otro lado, la salud del cuidador es una característica que también puede suponer un factor de riesgo, encontrándose que una mala salud del cuidador, como mayores niveles de estrés, puede llevar a niveles más altos de sobrecarga (Oh et al., 2024). Los factores psicológicos como la sensación de obligación y responsabilidad, la perspectiva sobre la afectividad y las relaciones familiares, y factores de la personalidad. El apoyo social percibido también afecta al nivel de sobrecarga de los cuidadores (del-Pino-Casado et al., 2018).

Con respecto a las demandas hacia los cuidadores, éstas pueden dividirse en demandas primarias (el grado de dependencia o conducta disruptiva de la persona que recibe los cuidados) y secundarias (demandas que provienen de la familia, el trabajo o de la sociedad). Así, el estado emocional y funcional de la persona que recibe los cuidados, así como las demandas de cuidado que son más recientes y nuevas para el cuidador son predictoras de sobrecarga (Sherwood et al., 2005). El último factor es la implicación en el cuidado, definida como el número de tareas relacionadas con el cuidado llevadas a cabo y la cantidad de tiempo dedicado a realizarlas, debiendo tener en cuenta el número de tareas, el tiempo y los tipos de cuidados. Diferentes estudios afirman que un mayor esfuerzo físico requerido del cuidado o un mayor tiempo de cuidado aumentan el riesgo de sobrecarga (Adelman et al., 2014; Oh et al., 2024).

Es necesario prestar atención a estos factores de riesgo que pueden llevar a la sobrecarga para tenerlos en cuenta de cara a la creación de programas de prevención e intervención. A día de hoy, son muchas las personas cuidadoras que presentan sobrecarga conllevando consecuencias perjudiciales para el bienestar de los cuidadores. Entre las consecuencias de la sobrecarga del cuidador se encuentra la disminución de la calidad de vida, acompañada de un deterioro de la salud física y psicológica, llevando a sintomatología ansiosa y depresiva. La sobrecarga también influye en los cuidados (Maslach y Jackson, 1981),

originando una disminución de la calidad de éstos (del-Pino-Casado et al., 2021; Hernández Gómez et al., 2019; Z. Liu et al., 2020; O'Rourke, 2004; Sherwood et al., 2005).

Una consecuencia grave de no gestionar de manera adecuada esta sobrecarga y de sufrirla durante periodos prolongados es llegar a padecer el síndrome de cuidador quemado o *burnout* (Mosley et al., 2017). Es necesario diferenciar este último concepto de la sobrecarga, ya que, a pesar de estar muy relacionados, el burnout es considerado un síndrome. El concepto de burnout se emplea sobre todo en relación al bienestar en el trabajo, sin embargo, es relevante resaltar que el origen de este término proviene de voluntarios que participaban en centros de apoyo y no de trabajadores, siendo el primer paso para considerar que el burnout puede ocurrir fuera del contexto de trabajo (Gérain y Zech, 2019). El síndrome del cuidador quemado se define como un síndrome tridimensional que surge como respuesta al estrés surgido del contexto del cuidado. Las dimensiones que lo conforman son el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal (Maslach y Jackson, 1981).

En vista de la heterogeneidad conceptual encontrada para definir la sobrecarga del cuidador, se encuentran diversas formas de evaluar el concepto de sobrecarga. Hay un aspecto común y es el entender que la sobrecarga es una variable tangible que se presta adecuadamente a la medición, pudiendo utilizar instrumentos de medición cuantitativos. Los instrumentos se han ido elaborando siguiendo la evolución del propio concepto, distinguiéndose tres momentos diferentes según las dimensiones de la carga que los autores han tenido en cuenta (Chou et al., 2003; Crespo y Rivas, 2015). De esta manera se encuentran medidas del concepto de sobrecarga como variable unidimensional, bidimensional o multidimensional (Tabla 2).

Tabla 2*Instrumentos autoaplicados para evaluar la sobrecarga del cuidador*

Instrumento	Dimensión	Nº de ítems	Fiabilidad (α de Cronbach)
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZBI; Zarit et al., 1980)	Subjetiva	29	.91
Índice de esfuerzo del cuidador (CSI; Robinson, 1983)	Subjetiva	13	.86
Escala de sobrecarga del cuidador de Montgomery (R. J. V. Montgomery et al., 1985)	Objetiva y subjetiva	22	.85-.86
Detección de la sobrecarga del cuidador (SCB; Vitaliano et al., 1991)	Objetiva y subjetiva	25	.85-.89
Inventario de la sobrecarga del cuidador (CBI; Novak & Guest, 1989)	Multidimensional	24	.77
Índice del coste del cuidado (CCI; Kosberg & Cairl, 1986)	Multidimensional	20	.91

Entre estas escalas, el cuestionario de Zarit se ha convertido en el instrumento de evaluación de la sobrecarga más extendido, empleado sobre todo para la medida de los niveles de sobrecarga de cuidadores informales de personas dependientes del ámbito gerontológico (Crespo y Rivas, 2015). Estos instrumentos son realmente importantes ya que permiten utilizar los resultados de estas medidas a los investigadores y los médicos para, de esta forma, evaluar el desarrollo y la eficacia de la prestación de intervenciones de apoyo que satisfagan las necesidades de los cuidadores y ayuden a reducir su sobrecarga (Bastawrous, 2013).

1.2.1.3. *Depresión en el cuidador informal*

Una de las afectaciones a las que puede llevar la sobrecarga relacionada con el cuidado informal es la sintomatología depresiva, con la consiguiente reducción de la calidad de vida de las personas que presentan este rol. La depresión es uno de los constructos psicológicos más estudiados debido a su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida de la población general. Según el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2021), el 4.36% de la población mundial, esto es alrededor de 300 millones de personas, sufren depresión, considerándose un problema crítico global de salud pública. A nivel nacional, la prevalencia de personas que padecen depresión se estima en un 6.7%. Asimismo, esta condición afecta más a mujeres que a hombres, existiendo en España aproximadamente un 9.2% de mujeres con depresión, frente a un 4% de hombres (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017).

El término depresión tiene su origen en el latín *Depressio*, cuyo significado es hundimiento; esto es, la persona se siente hundida, abatida, con un gran peso sobre su existencia. La depresión es un concepto definido como una perturbación del estado de ánimo que puede variar desde un estado de ánimo bajo transitorio de la propia vida cotidiana, hasta un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas diferentes de la normalidad con una duración grave y significativa (Rivas-Acuña et al., 2011).

Según Vallejo Ruiloba (2015), el término depresión se utiliza de tres maneras diferentes: síntoma, síndrome y enfermedad. Cuando se refiere a depresión como síntoma, esta puede acompañar a otros trastornos psíquicos como los trastornos de angustia. La depresión como síndrome agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, incapacidad y pérdida del impulso vital. Por último, como enfermedad, desde una perspectiva basada en el modelo médico, se entiende como un trastorno de origen biológico en el que se puede establecer una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. Sin embargo, tal y como afirma Rondón Bernard (2018), si se considera la depresión como enfermedad,

únicamente para enfatizar una etiología orgánica, puede perderse la perspectiva de entender a la persona como un ser biopsicosocial y la composición biológica, psicológica y social de todas las alteraciones que puedan afectar a las personas.

El concepto más moderno de depresión es esencialmente la de un síndrome clínico definido por la presencia de una serie de características clínicas, pero que no requiere una etiología específica, y que reconoce la posibilidad de factores causales tanto psicológicos como biológicos (Paykel, 2008). Esta manera de entender la depresión es la recogida en las dos clasificaciones oficiales empleadas por excelencia en el ámbito de la salud (i.e. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición [CIE-11, OMS 2022a]; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* [DSM-5; American Psychiatric Association, 2013]). Los criterios diagnósticos se definen en base a ciertos síntomas, siendo necesaria la presencia de un número concreto de estos síntomas para su diagnóstico, con una duración específica e incluyendo requisitos y exclusiones (Paykel, 2008).

En primer lugar, se enumeran unos síntomas principales, siendo necesaria en ambas clasificaciones la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Asimismo, este estado de ánimo debe estar presente casi todos los días y durante al menos un periodo de dos semanas. Estos síntomas principales van acompañados de síntomas adicionales como dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o en el peso, alteraciones del sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía o fatiga. El DSM-5 especifica que estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. También es necesario tener en cuenta que el episodio depresivo no se puede atribuir a otras condiciones

como efectos de una sustancia o de otra afección médica, incluyendo episodios maníacos o hipomaníacos (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 2022a).

Con respecto a la sintomatología depresiva en cuidadores informales, en un estudio llevado a cabo por Domínguez et al. (2012) se encontró que el 65% de los cuidadores que participaron en la investigación presentaban depresión. En otro estudio con 238 cuidadores de personas mayores dependientes, se observó una prevalencia de depresión en 127 cuidadores; de los cuales el 50% cursaba con depresión leve, 8% con depresión moderada y no se encontró ningún paciente con depresión severa (Becerra-Partida y Villegas Pacheco, 2020).

Diferentes investigadores han conceptualizado los síntomas depresivos en cuidadores como una perturbación del estado de ánimo resultante de las demandas asociadas a la situación del cuidado (Sherwood et al., 2005). Por ello, la literatura científica se ha centrado en estudiar los posibles predictores de la sintomatología depresiva entre los cuidadores informales. Entre estos estudios, se encuentra cómo la sobrecarga asociada al cuidado de un familiar es un antecedente y precursor significativo de la sintomatología depresiva (del-Pino-Casado, Rodríguez Cardosa et al., 2019; O'Rourke, 2004; Sherwood et al., 2005). Otro factor predictor de sintomatología depresiva en cuidadores es la carencia de apoyo social (Song et al., 1997).

En vista de la alta prevalencia de sintomatología depresiva presente en cuidadores informales, resulta de gran relevancia la evaluación de esta variable. La existencia de cuestionarios que evalúan la depresión permite una prevención o identificación temprana de síntomas depresivos, pudiendo intervenir y ofrecer apoyos antes de que la situación empeore y lleve a un trastorno severo (Nezu et al., 2016). Actualmente, existen una serie de instrumentos para evaluar la sintomatología depresiva en adultos, encontrándose algunos dirigidos a personas que padecen una enfermedad específica y otros que pueden ser utilizados con la población general. En la Tabla 3 se recogen estos últimos, siendo el Inventario de Depresión de Beck la medida de autoinforme más utilizada (Nezu et al., 2016).

Tabla 3*Instrumentos para medir la sintomatología depresiva en adultos*

Instrumento	Categoría	Número de ítems	Fiabilidad (α de Cronbach)	Adaptación española
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977)	Autoinforme	10	.85	Si
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996)	Autoinforme	21	.92 - .93	Si
Escala de Depresión de Hamilton (HDRS/HAM-D; Hamilton, 1960)	Escala de valoración clínica	17	.91 - .94	Si
Inventario de Depresión de Zung (SDS; Zung, 1965)	Autoinforme	20	.82	Si
Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)	Autoinforme	9	.86 - .89	Si
Escala nacional diaria de la detección sistemática de la depresión del Departamento de Psiquiatría de Harvard (HANDS; Baer et al., 2000)	Autoinforme	10	.87	No
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)	Autoinforme	14 (7 miden depresión)	.84 - .85	Si
Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS; Rush et al., 1986)	Autoinforme (IDS-SR) y escala clínica (ISD-C)	30	.92 - .94	ISD-SR Si ISD-C No
Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979)	Escala de valoración clínica	10	.89	Si
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS; Goldberg et al., 1988)	Autoinforme	18 (9 miden ansiedad)	.82	Si

1.2.1.4. Ansiedad en el cuidador informal

En las últimas décadas, gran parte de la literatura que ha abordado las necesidades de los cuidadores se ha centrado en la sobrecarga del cuidador y la depresión como medidas principales, con menos estudios focalizados en la ansiedad de los cuidadores (Priego-Cubero et al., 2023). Sin embargo, se ha mostrado en investigaciones anteriores que la mayoría de los cuidadores que presentan depresión también experimentan ansiedad comórbida, así como ansiedad independiente de la depresión en otros cuidadores (Kaddour y Kishita, 2020).

La ciencia moderna considera la ansiedad como un conjunto de respuestas conductuales, endocrinas y fisiológicas, como la evitación o la activación, que evolucionaron para proteger al individuo de posibles amenazas (Gross y Hen, 2004). Esta perspectiva tan extendida proviene del siglo XIX, desde la teoría de Darwin que explicaba cómo las emociones pueden ser heredadas para promover la supervivencia, siendo interpretadas como adaptativas bajo un marco funcional. Son éstos los conceptos pertenecientes a la teoría de la evolución, los que sentarían las bases de esta perspectiva moderna de la ansiedad. A mediados del siglo XX, comenzó a incorporarse a esta concepción más biológica la influencia del entorno, impactando no solo el aspecto biológico sino también el psicológico (Coutinho et al., 2010).

Desde entonces hasta la actualidad, un momento histórico para el concepto de la ansiedad fue cuando comenzó a clasificarse dentro del DSM. La *American Psychological Association* (2018) define la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos. Esta concepción del término de ansiedad se asemeja a la definición de trastornos de ansiedad descritos en el DSM-5, que incluye dimensiones de conducta, pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas. No obstante, es necesario realizar una diferenciación clara entre la emoción de ansiedad y los trastornos de ansiedad (W. K. Silverman y van Schalkwyk, 2019). Y es que, la ansiedad es una experiencia universal, y puede representar una respuesta racional y útil a estímulos ambientales

amenazadores (Marks y Nesse, 1994). Sin embargo, aunque estas respuestas supongan un claro valor adaptativo, experimentarlas en exceso o en ausencia de los estímulos amenazantes podría llegar a ser categorizado como un trastorno de ansiedad, interfiriendo negativamente en la vida social y profesional del individuo (Coutinho et al., 2010). Los trastornos de ansiedad representan constructos discretos validados empíricamente, con características clínicas bien definidas y específicas (W. K. Silverman y van Schalkwyk, 2019).

Hay diferentes enfoques que un profesional puede elegir para categorizar la ansiedad como normal o como patológica. Por un lado, es necesario tener en cuenta que la ansiedad puede formar parte de un cuadro sintomatológico más complejo, ya que puede ser síntoma de diversos trastornos psiquiátricos como trastornos por déficit de atención e hiperactividad o trastornos del espectro autista. Por otro lado, determinar si la ansiedad es considerada patológica o no es importante para orientar la indicación de un tratamiento y la consideración de medicación, adquiriendo una gran relevancia realizar correctamente esta distinción debido al riesgo potencial de patologizar innecesariamente un aspecto normal de la experiencia humana (W. K. Silverman y van Schalkwyk, 2019).

Las versiones más recientes del DSM se basan en la fenomenología descriptiva, que requiere que las personas presenten síntomas específicos y experimenten deterioro funcional con el fin de cumplir los criterios para un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, existen varios enfoques para clasificar los síntomas psiquiátricos, como son los enfoques constructivistas y pragmáticos que defienden que los síntomas se clasifiquen como patológicos cuando sea útil hacerlo con fines clínicos (W. K. Silverman y Kurtines, 1999).

A pesar de que experimentar niveles altos de ansiedad ocasionalmente no tiene por qué ser dañino, la ansiedad persistente y severa representa una condición psiquiátrica que puede perturbar el funcionamiento diario y reducir la calidad de vida de los cuidadores. Diversas revisiones sistemáticas han reportado que la sintomatología ansiosa es altamente prevalente

entre la población de cuidadores (Priego-Cubero et al., 2023). Los trastornos de ansiedad también presentan una prevalencia alta entre los cuidadores informales, estando presente en un 32.1% según un metaanálisis sobre cuidadores informales de personas con demencia (Kaddour y Kishita, 2020). En otro estudio llevado a cabo por Felipe et al. (2020), se encontró que el 14% de los cuidadores informales de personas mayores dependientes presentaban ansiedad.

Experimentar altos niveles de ansiedad puede conllevar un empeoramiento de la salud física de los cuidadores e incluso impactar en la persona a la que cuidan, por lo que una detección precoz de los factores de riesgo asociados a la aparición de ansiedad es fundamental para líneas de acción dirigidas a la prevención y a los tratamientos efectivos (del-Pino-Casado et al., 2022). Entre estos factores de riesgo se encuentra, de manera similar a las variables encontradas con respecto a la depresión, la alta sobrecarga percibida del cuidado, así como la falta de apoyo social tanto percibido como recibido (del-Pino-Casado et al., 2022; Priego-Cubero et al., 2023).

La mayoría de estudios sobre ansiedad relacionada con el cuidado informal emplean medidas de evaluación de autoinforme para determinar la prevalencia de la ansiedad en esta población (Kaddour y Kishita, 2020). Los instrumentos más utilizados para evaluar la ansiedad en adultos se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4

Instrumentos empleados para evaluar la ansiedad en población adulta

Instrumento	Categoría	Número de ítems	Fiabilidad (α de Cronbach)	Adaptación española
Cuestionario de Ansiedad Rasgo (STAI-S/STAI-R; Spielberger et al., 1970)	Autoinforme	40	.89 - .94	Si
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988)	Autoinforme	21	.89	Si
Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS; Hamilton, 1959)	Escala de valoración clínica	14	.77 - .86	Si
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)	Autoinforme	14 (7 miden ansiedad)	.84 - .85	Si
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS; Goldberg et al., 1988)	Autoinforme	18 (9 miden ansiedad)	.82	Si

1.2.1.5. Estrategias de afrontamiento en el cuidado informal

A lo largo de los apartados anteriores se ha mostrado cómo la aparición de sintomatología psicológica en cuidadores informales está estrechamente relacionada con el estrés sostenido o el previamente nombrado “burden” que conlleva el cuidado. Este estrés, como se ha comentado en dicha sección, se ha tratado de explicar a través de distintos modelos y teorías, entendiéndolo como consecuencia del cuidado de un familiar. A pesar de existir varios modelos teóricos, en todos ellos hay un elemento en común, los factores mediadores o moderadores del impacto del cuidado. Un ejemplo de éstos son las estrategias de afrontamiento (Pérez-Cruz et al., 2019).

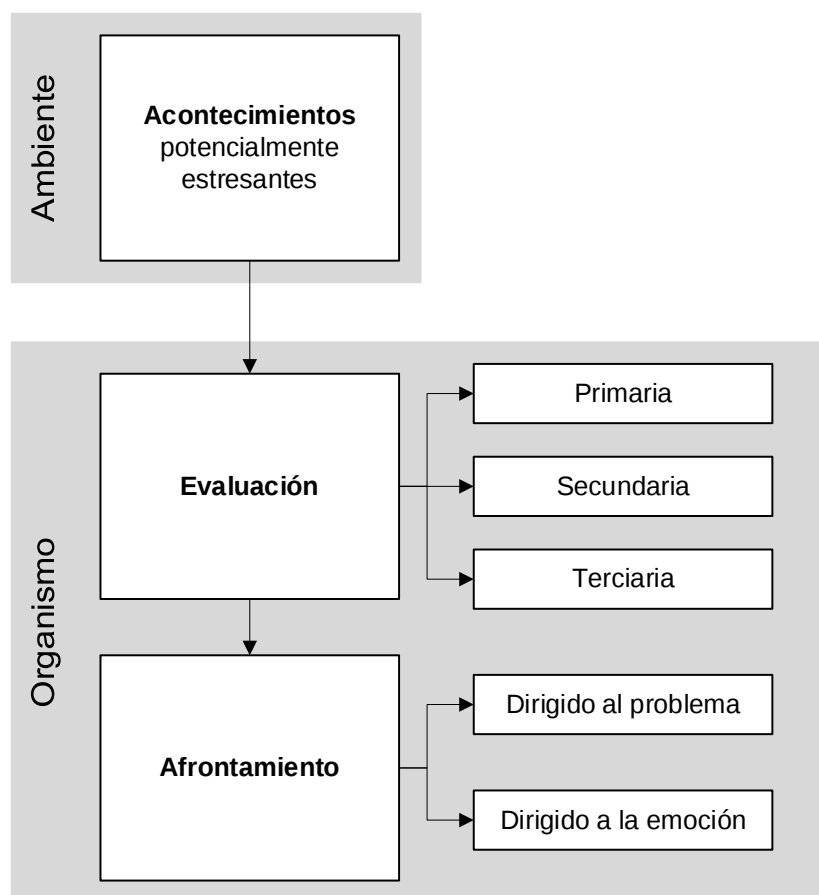
La mayoría de estos modelos se basan en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), que propone un enfoque a través del cual une las demandas del ambiente con las reacciones de la persona. Según esta perspectiva, el estrés psicológico surge como resultado de la relación entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en riesgo su bienestar. No obstante, ni el ambiente ni la respuesta de la persona definen el estrés, sino que el punto clave es la interpretación o percepción del individuo de esa situación. Por ello, uno de los elementos clave de esta conceptualización es que el afrontamiento es una transacción entre la persona y el entorno, siendo la evaluación una característica del proceso de afrontamiento.

La definición más citada de afrontamiento es la de Lazarus y Folkman (1984), presentándose como los teóricos más influyentes en el campo. Desde esta teoría, el afrontamiento es entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que se consideran que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Esta definición aborda los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales del proceso de afrontamiento y también se centra en el esfuerzo asociado a la respuesta del individuo (Frydenberg, 2014).

Lazarus y Folkman (1984) también señalan que la gestión del estrés incluye aceptar, tolerar, evitar o minimizar los factores estresantes, así como la visión más tradicional del afrontamiento como control del entorno. El proceso de afrontamiento es dinámico y va cambiando a medida que responde a las diferentes demandas, a partir de evaluaciones individuales que realiza la persona, tanto objetivas como subjetivas. Estas evaluaciones no son necesariamente conscientes, sino que pueden producirse inconscientemente a nivel automático (Frydenberg, 2014). Por tanto, esta teoría se fundamenta en el concepto de evaluación, distinguiéndose una sucesión de tres tipos de evaluación: evaluación primaria, evaluación secundaria y evaluación terciaria (Figura 3).

Figura 3

Modelo transaccional de Lazarus y Folkman



Nota. Adaptado de Vázquez et al. (2022).

La evaluación primaria es el primer momento en el que la persona se enfrenta a una circunstancia determinada y la evalúa en términos del efecto que ésta tiene sobre su bienestar como irrelevante (si no trae consigo implicaciones), positiva (consecuencias favorables) o estresante (produciendo daño/pérdida, amenaza o desafío). En esta última categoría, la persona considera un acontecimiento como daño o pérdida cuando ya ha sufrido consecuencias negativas y como amenaza cuando estos daños o pérdidas aún no han ocurrido, pero se prevé que van a suceder. Por último, la persona puede percibir la situación como un desafío cuando considera que dispone de los recursos necesarios para hacer frente y superar las dificultades, generando emociones placenteras.

Después de esta primera evaluación de un acontecimiento, la persona se implica en la evaluación secundaria, dirigida a determinar su capacidad para controlar o hacer frente al daño/pérdida, amenaza o desafío, es decir, conocer si tiene los recursos para afrontar la situación. Durante este proceso surgen cuestiones como preguntarse de qué opciones dispone o si el procedimiento aliviará el estrés. Las evaluaciones primarias y secundarias interaccionan entre sí, determinando de esta manera el grado de estrés y la intensidad de la reacción emocional ante la situación.

La evaluación terciaria se denomina reevaluación, haciendo referencia a la modificación de la evaluación inicial en base a nueva información procedente del entorno, actuando en dos sentidos: eliminando o aumentando la tensión. Los resultados de esta evaluación modifican la evaluación inicial y predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento. Entre las formas de afrontamiento, estos autores distinguen dos tipos principales: estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

Por un lado, las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema están orientadas hacia resolver problemas complejos. El objetivo principal se centra en cambiar la situación y

tomar el control de la fuente de estrés, cambiando las situaciones estresantes a través de la resolución de problemas, toma de decisiones y/ acciones directas. Esto implica evaluar la fuente de origen y considerar e implementar activamente soluciones potenciales para reducir los efectos adversos de los estresores. Este tipo de estrategias son más útiles cuando la situación a afrontar es interpretada como modificable.

Por otro lado, el afrontamiento centrado en la emoción se dirige a gestionar las emociones, es decir, implica una respuesta emocional a los factores estresantes. A través de estas estrategias se intenta regular la emoción angustiosa, a veces cambiando cognitivamente el significado de la situación estresante sin cambiar realmente la situación en sí misma. Las estrategias centradas en las emociones también pueden consistir en la obtención de apoyo emocional de otras personas. Este afrontamiento incluye estrategias como la reevaluación positiva, el autocontrol o la autoinculpación.

De manera paralela, se han ido proponiendo diferentes clasificaciones como la propuesta por Moos et al. (1990) que se centra en la función de la naturaleza de los esfuerzos cognitivos y conductuales. Desde esta perspectiva los autores diferenciaron entre afrontamiento o aproximación activa, centrado en resolver, modificar o reevaluar el problema, haciendo frente a la realidad del estrés experimentado; o en un afrontamiento evitativo o pasivo, focalizándose la persona en evitar el problema, llegando incluso a negarlo, aunque con intentos indirectos de reducir la angustia. Tanto el afrontamiento de aproximación como el de evitación pueden clasificarse en dos tipos, según el método de afrontamiento: conductual y cognitivo. Del-Pino-Casado et al. (2011) consideran que el afrontamiento centrado en el problema es similar al afrontamiento de aproximación conductual, y el afrontamiento centrado en la emoción es similar al afrontamiento de aproximación cognitiva y al afrontamiento de evitación.

Cabe resaltar que el afrontamiento no se limita a los esfuerzos exitosos, sino que incluye todos los intentos intencionados de controlar el estrés, independientemente de su eficacia. Es

decir, la respuesta de afrontamiento se inicia como respuesta a un acontecimiento estresante que es personalmente significativo y pone a prueba o supera los recursos del individuo. Las personas no pueden mantenerse en un estado continuo de tensión, por lo que a pesar de que no se utilice una estrategia de manera deliberada o consciente, alguna estrategia siempre se emplea (Baqutayan, 2015). Desde esta perspectiva, no se puede afirmar que una estrategia de afrontamiento es efectiva o inefectiva de manera general en sí misma, la eficacia va a depender de los múltiples factores que rodean a la persona.

Es importante identificar los conceptos de estrés y afrontamiento como neutros, ya que se tiende a ver el estrés como algo negativo y el afrontamiento como algo positivo. No obstante, el estrés, como se ha comentado previamente, es una respuesta adaptativa y normal, siendo positivo en su justa medida. De la misma manera, el afrontamiento puede ser efectivo, pero también puede ser inefectivo para afrontar el reto que supone la situación de estrés (Baqutayan, 2015). La eficacia del afrontamiento determina en gran medida si se evitará el daño, si se logrará un nuevo equilibrio adaptativo entre el organismo y el entorno, y si la activación emocional volverá a los niveles basales. Por el contrario, un afrontamiento infructuoso causa daño y conlleva la incapacidad de mantener el entorno fisiológico interno dentro de límites tolerables, comprometiendo finalmente la adaptación, la salud y la supervivencia (F. Gutiérrez et al., 2007).

Teniendo en cuenta toda la información teórica expuesta, se puede afirmar que el afrontamiento es fundamental para proteger la salud mental y física de los efectos nocivos del estrés. Aplicando el modelo transaccional a la población de cuidadores informales, éstos experimentan estrés debido a las demandas del cuidado, y su capacidad para manejar este estrés depende de los recursos personales y sociales disponibles (Pérez-Cruz et al., 2019). Las estrategias de afrontamiento efectivas y adaptativas son cruciales para reducir el impacto

negativo del estrés que pueden padecer los cuidadores informales, jugando un papel protector (Kazemi et al., 2021).

El afrontamiento de la presión derivada del cuidado puede influir en la experiencia del mismo, así como en la calidad de vida del cuidador. El grado de estrés que experimenta el cuidador ante la situación depende en parte de la estrategia de afrontamiento que utilice y de su eficacia (Ekwall et al., 2007). Por ello, es necesario trabajar en aumentar el conocimiento de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores para reforzar las más adaptativas.

Barbosa et al. (2011) reportan que las estrategias de afrontamiento más comunes entre los cuidadores primarios incluyen establecer prioridades, creer en uno mismo o pensar en otras cosas en lugar del cuidado. En otro estudio, en el que evaluaron las estrategias de afrontamiento entre cuidadores de personas mayores que sufrieron un accidente cerebrovascular, la aceptación y el apoyo emocional fueron las estrategias más frecuentemente empleadas, mientras que el humor y la desvinculación conductual las menos utilizadas (Kazemi et al., 2021). Por su parte, del-Pino-Casado, Serrano-Ortega, et al. (2019) descubrieron que la reevaluación positiva y autodistracción se asociaron con niveles más bajos de distrés psicológico en cuidadores informales de personas mayores, mientras que el uso de sustancias y negación lo aumentaban a largo plazo.

Hay cierta evidencia que defiende el hecho de que las estrategias centradas en el problema pueden ser más efectivas como papel mediador con el estrés y la sobrecarga que las estrategias centradas en las emociones (Barbosa et al., 2011). De manera específica, las mujeres tienden a utilizar más a menudo estrategias centradas en la emoción en comparación con los hombres (Almberg et al., 1997). Dentro de este tipo de estrategias, se encuentra que los hombres utilizan más la estrategia de reevaluación positiva y la aceptación de responsabilidad que las mujeres (Kazemi et al., 2021).

Haciendo especial mención al concepto de burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento, en un estudio se encontró que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción eran más utilizadas en aquellos cuidadores en riesgo de burnout, mientras que las estrategias centradas en el problema eran utilizadas entre los cuidadores que no estaban en riesgo de padecer burnout (Almberg et al., 1997). Kazemi et al. (2021) hallaron una correlación positiva entre la sobrecarga de los cuidadores y las estrategias centradas en la emoción, entre las que se incluyen huir o distanciarse.

Por su parte, Ekwall et al. (2007) descubrieron que una mejor CVRS de los cuidadores se predecía por usar como estrategia la autosuficiencia y un alto sentido de coherencia. Además, el uso de un afrontamiento disfuncional, como la negación o la evitación, se ha asociado con altos niveles de depresión y ansiedad en cuidadores (del-Pino-Casado, Serrano-Ortega et al., 2019). En relación a la ansiedad, ésta se asocia de manera negativa con estrategias como planificación, aceptación y humor. Sin embargo, la ansiedad se asocia de manera positiva con autodistracción, desahogo, negación y autoinculpación. Por tanto, las estrategias de afrontamiento de planificación, aceptación y humor pueden ser factores protectores de la ansiedad. En contrapartida, estrategias como autogestión, desahogo, negación y autoculpabilidad pueden ser factores de riesgo para la ansiedad (Pérez-Cruz et al., 2019).

De esta manera, las estrategias empleadas ante situaciones estresantes, como es el cuidado informal, van a suponer factores protectores del bienestar de los cuidadores. No obstante, también puede suponer un factor de riesgo ciertas actitudes por parte de los cuidadores informales llevando a sufrir la sintomatología previamente mencionada. Por ello, resulta de especial importancia identificar qué estrategias utilizan los cuidadores, siendo necesario el uso de medidas objetivas como los instrumentos autocumplimentados (Parker y Endler, 1992). Se han desarrollado muchos cuestionarios a lo largo de los años que evalúan el afrontamiento, incluyendo diferentes estrategias de afrontamiento cada uno.

Lazarus y Folkman no solo tuvieron un impacto importante en desarrollos teóricos y empíricos con respecto al afrontamiento, sino que también desarrollaron dos escalas ampliamente utilizadas de afrontamiento. Primero, éstos elaboraron el *Ways of Coping Checklist* (Folkman y Lazarus, 1980) que medía seis estilos de afrontamiento. Posteriormente, esta versión fue revisada y modificada por los mismos autores, dando lugar al *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman y Lazarus, 1988). Esta nueva versión concluyó en ocho estilos de afrontamiento: enfrentamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, responsabilidad, escape-evitación, plan orientado al problema y reevaluación positiva.

Como alternativa al *Ways of Coping*, otros investigadores desarrollaron el COPE (Carver et al., 1989). Este cuestionario surgió como una reacción a la falta de precisión del anterior, reformulando los ítems, el número de áreas a evaluar e incluyendo algunas que no estaban. De esta manera, esta medida considera 15 estrategias de afrontamiento, evaluadas con cuatro ítems cada una, constando de 60 ítems. Las estrategias que abarca son las siguientes: (a) afrontamiento activo, (b) planificación, (c) búsqueda de apoyo social instrumental, (d) búsqueda de apoyo social emocional, (e) supresión de actividades distractoras, (f) religión, (g) reinterpretación positiva y crecimiento personal, (h) refrenar el afrontamiento, (i) aceptación, (j) centrarse en las emociones y desahogarse, (k) negación, (l) desconexión mental, (m) desconexión conductual, (n) consumo de alcohol o drogas, y (ñ) humor.

Posteriormente, Carver (1997) introduce una versión reducida del COPE original, conocida como Brief COPE, que se utiliza en investigaciones relacionadas con la salud. Este instrumento abreviado incluye 14 subescalas, cada una compuesta por dos ítems. En esta versión se omiten dos subescalas del COPE completo (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) debido a que su validez no fue confirmada en estudios anteriores. Además, otras subescalas se modificaron ligeramente debido a problemas identificados en

investigaciones previas y, por ejemplo, la subescala originalmente llamada reinterpretación positiva y crecimiento fue renombrada, únicamente, como reinterpretación positiva.

1.2.1.6. Espiritualidad como afrontamiento del cuidador informal

Partiendo del mismo marco teórico presentado que permite entender el proceso que surge tras las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, se encuentra un aspecto muy relacionado: la espiritualidad. Ésta es considerada una estrategia de afrontamiento ampliamente estudiada en el colectivo de los cuidadores informales, ya que desempeña un papel significativo en sus vidas. La espiritualidad puede ser una herramienta importante para hacer frente a la adversidad, los acontecimientos traumáticos y los factores estresantes cotidianos para el cuidador. Asimismo, puede ayudar a resignificar la historia de vida y promover una reorientación del autocuidado y del cuidado a otro, implicando varias dimensiones de la vida (Machado et al., 2018).

La literatura enfocada en la espiritualidad presenta en común la complejidad existente en su conceptualización. En vista de esta problemática, autores como Weathers et al. (2016) proponen clarificar este término mediante un análisis del concepto. En su investigación, descubrieron que, entre las diferentes definiciones de la espiritualidad, a pesar de variar considerablemente entre ellas, presentaban una serie de puntos en común. Estas autoras confirman que todas las definiciones hacen referencia a: (a) la multidimensionalidad de la espiritualidad, (b) la unicidad de la espiritualidad para cada persona, y (c) la comprensión de que la espiritualidad es más amplia que las creencias o la afiliación religiosa. En base a estos hallazgos, surgió la siguiente definición conceptual de la espiritualidad:

Spirituality is a way of being in the world in which a person feels a sense of connectedness to self, others, and/or a higher power or nature; a sense of meaning in life; and transcendence beyond self, everyday living, and suffering. [La espiritualidad es una forma de estar en el mundo en la que una persona se siente conectada consigo misma, con los demás y/o con un poder superior o la naturaleza; un sentido de la vida, y trascendencia más allá de uno mismo, la vida cotidiana y el sufrimiento]. (Weathers et al., 2016, p.93)

Se podría afirmar que uno de los principales obstáculos para definir la espiritualidad es su relación con la religión, ya que la espiritualidad está fuertemente vinculada a ésta (Dyson et al., 1997). Sin embargo, la espiritualidad entendida en términos psicológicos es un concepto más universal que la hace accesible a todas las personas que no siguen creencias religiosas, pero tienen el deseo de desarrollar un enfoque positivo de la trascendencia y de su vida. Aunque algunos investigadores utilizan ambos términos indistintamente para describir el área experiencial de las personas, existe una distinción reconocida entre espiritualidad y religiosidad (Krok, 2008). Saucier y Skrzypińska (2006) demostraron que la espiritualidad subjetiva y la religiosidad orientada a la tradición representan constructos muy independientes y tienen correlatos claramente diferentes en los rasgos de personalidad. No obstante, incluso los investigadores que afirman tener una visión más amplia sobre la espiritualidad incluyen en sus estudios cuestiones sobre la oración y la religión (Dyson et al., 1997).

Entre las estrategias de afrontamiento espirituales pueden encontrarse la meditación o contemplación mediante la cual el individuo conecta con su yo interior y reconoce sus fortalezas. La espiritualidad también puede presentarse como estrategia con respecto a la relación con los demás, con familia y amigos. Asimismo, la esperanza de que las cosas mejoren o ayudar a los demás, dando y recibiendo amor, son estrategias espirituales. Por último, el

hecho de apreciar la naturaleza, en relación a fenómenos como la puesta de sol, la primavera, el monte, así como las artes, forma parte de las estrategias de afrontamiento espirituales (Baldacchino y Draper, 2001).

Sin embargo, las investigaciones sugieren que las personas creyentes además pueden disponer de otras estrategias de afrontamiento gracias a su religiosidad. Entre estas estrategias están la relación con Dios, como una fuente de fuerza, seguridad y esperanza a través de diversas prácticas religiosas como son la oración y la participación en prácticas religiosas comunitarias en lugares de culto (Baldacchino y Draper, 2001).

La espiritualidad está relacionada en el proceso de afrontamiento de los eventos importantes vitales (enfermedad, duelo, divorcio, etc.), actuando como un moderador frente a los estresores agudos de la vida diaria (Lancaster y Palframan, 2009). En el caso de los cuidadores, las actitudes, recursos espirituales y esperanza pueden neutralizar los efectos del estrés que ocurren cuando un familiar sufre de una enfermedad, por lo que la espiritualidad puede ser un recurso para los cuidadores para aliviar dicho estrés. Hay perspectivas que defienden el hecho de que, algunos eventos de la vida, como es el cuidado, pueden aumentar la perspectiva espiritual de la persona, incorporando la espiritualidad a su búsqueda de sentido y propósito en la vida (Kaye y Robinson, 1994).

Gran parte de los estudios que se centran en la espiritualidad en el colectivo de los cuidadores informales se focalizan en aquellos cuidadores de personas que se encuentran en cuidados paliativos o que padecen demencia. En concreto, en un estudio con cuidadores de personas con demencia hallaron cómo el afrontamiento espiritual podía mediar en la relación entre el deterioro de las AIVD del paciente y la salud psicológica del cuidador (Saffari et al., 2018). En relación a los cuidadores de personas mayores, se ha encontrado que los sistemas de fe/creencia y la satisfacción vital contribuyen a la correlación positiva entre el bienestar espiritual y la salud mental (Yeh y Bull, 2009). Asimismo, Young et al. (2024) demostraron

que la espiritualidad es un factor predictivo de una menor carga del cuidador, que a su vez fue un factor predictivo de una mayor calidad de vida.

Con respecto a la medición de la espiritualidad, ésta suele incorporarse entre los instrumentos empleados para evaluar las estrategias de afrontamiento, contemplándolo como una estrategia más. Este es el caso del COPE, comentado en la sección anterior, donde se incluyen ítems relacionados con la espiritualidad tanto en su versión completa como en la abreviada (Carver et al., 1989). No obstante, estos ítems tan solo se abarcan desde la perspectiva de la religión. Un cuestionario que evalúa la espiritualidad desde un sentido más amplio y multidimensional, englobando tanto las experiencias religiosas como espirituales es el WHOQOL-SRPB (WHO, 2002). Este instrumento incluye ocho facetas relacionadas con la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales: conexión a un ser/fuerza espiritual, sentido en la vida, admiración, totalidad e integración, fuerza espiritual, paz interior, esperanza y optimismo, y fe.

1.3. Musicoterapia

Tal y como refleja la información aportada hasta el momento, se encuentra, por un lado, una situación mundial con un creciente número de personas que prestan cuidados informales a adultos mayores. Por otro lado, este rol de cuidador informal conlleva un impacto significativo a corto y largo plazo tanto en la sociedad como en la persona, pudiendo suponer una sobrecarga física y mental. En muchos casos, estos cuidados se presentan a lo largo de muchos años, llegando a sufrir estrés acumulado, provocando un impacto en la salud y bienestar de los cuidadores (por ejemplo, sufriendo ansiedad o depresión) e incluso interfiriendo en su capacidad para continuar prestando los cuidados.

En vista de estos factores confluientes, se ha convertido en una cuestión importante para las sociedades de todo el mundo el cómo ofrecer apoyo a los cuidadores informales (Cheng y Zhang, 2020). De esta manera, resulta esencial identificar y desarrollar intervenciones eficaces para proporcionar a los cuidadores informales un apoyo práctico y personalizado en base a sus necesidades (Mårtensson et al., 2020). En este contexto, es imprescindible conocer los tipos de intervención que resultan útiles para los cuidadores (Cheng y Zhang, 2020; Sorensen et al., 2002).

Las intervenciones no farmacológicas han sido recomendadas como el enfoque de tratamiento de referencia para los cuidadores informales (Richardson et al., 2013). Con el fin de proporcionar intervenciones no farmacológicas eficaces para esta población, se han realizado algunos estudios que, pese a diferir en las variables de resultado y los enfoques metodológicos, incluyen la salud psicológica, la calidad de vida y la carga del cuidador entre los principales parámetros evaluados (Y. Sun et al., 2022).

Entre los tratamientos no farmacológicos pueden encontrarse las intervenciones psicosociales (Cheng et al., 2020). A pesar de que las reacciones y sintomatología del cuidador informal varían en función de diferentes variables como la enfermedad del familiar, cambios

sociales y familiares, mecanismos de afrontamiento, etc., estas intervenciones deben promover y trabajar en todos los casos el autocuidado de los cuidadores informales (H. Liu et al., 2024). El concepto de autocuidado se entiende como la acción personal de participar y promover actividades relacionadas con la salud para adoptar un estilo de vida más saludable y mejorar el bienestar. Así pues, el autocuidado no es una idea en sí misma, sino que requiere acción y llevar a cabo una serie de labores dirigidas a alcanzar la libertad de poder elegir lo que es mejor para uno mismo, exigiendo trabajar el autoconocimiento y el equilibrio cuerpo-mente-alma y elaborarlo junto con lo que sucede en el entorno (Dueñas, 2022).

Es relevante que las intervenciones psicosociales se dirijan a promover y trabajar este autocuidado en los cuidadores informales, centrándose en aspectos como la resiliencia, espiritualidad, autocompasión y estrategias de afrontamiento adecuadas, como mediadoras para lograr mejorar la calidad de vida y bienestar del cuidador (Espinoza-Salgado et al., 1970; Giesbrecht et al., 2015; Weisser et al., 2015). Las intervenciones psicosociales pueden categorizarse en tres tipos: psicoeducativas, psicoterapéuticas y multicomponente (Gallagher-Thompson y Coon, 2007). Entre las diferentes intervenciones, cabe resaltar el tratamiento psicoterapéutico, ya que incluso en los beneficios reportados sobre las intervenciones multicomponente, destaca el aspecto terapéutico (Cheng et al., 2020).

A pesar de que las intervenciones psicoterapéuticas han mostrado su efectividad a lo largo de diferentes estudios, es necesario mencionar que casi todas las revisiones sistemáticas y los metaanálisis existentes de intervenciones psicológicas en cuidadores informales de adultos mayores se centran en cuidadores de personas con afecciones o diagnósticos específicos, en particular en demencia (Gallagher-Thompson y Coon, 2007). Por lo tanto, es difícil obtener una visión general de la efectividad de las intervenciones psicológicas entre los cuidadores informales de adultos mayores en general, y de cómo el estado de salud del receptor

de los cuidados y los tipos de intervenciones psicológicas pueden moderar su efectividad (Mårtensson et al., 2020).

Los procedimientos psicoterapéuticos conocidos pueden ayudar a los cuidadores informales a mejorar su bienestar psicológico, focalizándose en su propio cuidado e integrando su “yo” con su “yo cuidador”, ayudando a los cuidadores a reconectar con su identidad, muchas veces perdida debido a las tareas del cuidado, reduciendo el impacto emocional que éste supone (Cheng et al., 2019). Entre los procedimientos terapéuticos se encuentran las terapias expresivas o creativas, que presentan un componente diferente al resto de tratamientos psicoterapéuticos: un vehículo de expresión novedoso (Irons et al., 2020).

Las características específicas de las terapias expresivas o creativas pueden favorecer los mismos aspectos mencionados en aquellos casos en los que a la persona le resulte difícil expresar de manera verbal sus pensamientos y sentimientos o, que por sus experiencias o emociones puedan necesitar mayor tiempo para expresarlos y comunicarlos a los demás (Malchiodi, 2007). Uno de los tratamientos no farmacológicos considerado como terapia creativa, y que ha mostrado beneficios considerables entre los cuidadores informales, es la musicoterapia (Gillespie et al., 2024; Steiner-Brett, 2023; Vandepitte et al., 2016).

1.3.1. Definición de musicoterapia

A pesar de emplearse la música como medio terapéutico durante siglos, incluso desde la prehistoria y edad antigua, el concepto de musicoterapia como tal es considerado reciente, ya que ha emergido en los últimos 50 años. Actualmente, pueden encontrarse diversas definiciones de musicoterapia, ya que esta disciplina se ha ido nutriendo de diferentes profesionales, enfoques y orientaciones, así como de diversos contextos culturales. Esta influencia de múltiples variables ha conllevado numerosas perspectivas y formas de entender la musicoterapia, siendo complejo dar con una manera única y universal (Wigram et al., 2002).

De este modo, con el fin de establecer una definición de musicoterapia más genérica y global, la *World Federation of Music therapy* (WFMT) ha ido presentando y actualizando la descripción del concepto a lo largo de los años. Este organismo desarrolló en 2011 una definición muy empleada actualmente a nivel internacional, afirmando que:

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educacionales y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y el entrenamiento clínico en musicoterapia están basados en estándares profesionales acordes a contextos culturales, sociales y políticos. (Definición de la WFMT, traducción proporcionada por la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia, s. f.).

Bruscia es un musicoterapeuta que ha dedicado gran parte de su trabajo a desarrollar el concepto de musicoterapia más allá con el objetivo de clarificar la variedad de definiciones existentes, relacionándolas con las definiciones de música y terapia separadamente. El proceso por el que ha transicionado este autor a lo largo de los años, muestra cómo se trata de un campo joven, en constante estudio y desarrollo. Bruscia (1989b) escribió un primer libro donde definió la musicoterapia como un proceso de intervención sistemática en el que el terapeuta ayuda al cliente a alcanzar la salud empleando las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas como fuerzas dinámicas de cambio.

En el mismo año, Bruscia (1989a) decidió crear una segunda edición del libro, replanteándose la definición propuesta debido al crecimiento considerable tanto de la musicoterapia como de su propia perspectiva. De esta manera, plantea la misma definición

cambiando una única palabra, sustituyendo “para alcanzar la salud” por “para promover la salud”, suponiendo un cambio en sus ideas sobre la naturaleza de la salud, entendiéndola como un proceso para alcanzar el máximo potencial de plenitud.

Posteriormente, dedica una tercera edición a crear una nueva definición. Ésta se basa en la deconstrucción de su última definición, con ayuda de colegas del campo, y en el análisis de las definiciones existentes hasta 2014, siendo relevante comentar que en la primera edición se tuvieron en cuenta 44 definiciones, en la segunda 60 y para esta última edición se analizaron 102 definiciones (Bruscia, 2014).

En base a este último trabajo, la definición más actual de Bruscia se dirige a entender la musicoterapia como un proceso reflexivo en el que el terapeuta ayuda al cliente a optimizar su salud, utilizando diversas facetas de la experiencia musical y las relaciones que se forman a través de ellas como impulso para el cambio. Además, explicita que la musicoterapia es el componente de práctica profesional de la disciplina, que informa y se nutre de la teoría y la investigación (Bruscia, 2014).

Por último, una definición frecuente y bastante actual es la de Benenzon (2011) que define la musicoterapia como una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano para abrir canales de comunicación y así establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente, permitiendo mejorar la calidad de vida, producir efectos terapéuticos en la persona y rehabilitarlo en la sociedad. Sin embargo, como se ha justificado, las definiciones reflejan las identidades profesionales y teóricas, siendo ésta una definición muy influida por la perspectiva de trabajo de Benenzon.

Como se puede comprobar, se han desarrollado diversas opiniones y enfoques desde donde entender la musicoterapia. Sin embargo, realizando un análisis de las definiciones, se pueden encontrar ciertas similitudes entre éstas. En primer lugar, todas las definiciones presentadas contemplan la musicoterapia como una profesión y disciplina en sí misma. Resulta

necesario realizar esta aclaración, entendiendo la musicoterapia como una aplicación metodológica y sistemática. En relación a ello, Bruscia (2014) explicitaba este concepto de proceso sistemático de intervención donde reflejaba cómo la musicoterapia es un procedimiento organizado y basado en el conocimiento, compuesto principalmente por la valoración, el tratamiento y la evaluación.

Sin embargo, la regulación de la musicoterapia como profesión evoluciona a diferentes ritmos en función del país, entrando en juego las diferencias socioeconómicas, culturales, así como la formación académica y bagaje profesional de los profesionales influyentes. En el caso de España, aún no existe un reconocimiento legal para la musicoterapia. Para ello, diferentes entidades representativas de la musicoterapia, constituidas por musicoterapeutas de todo el territorio nacional que trabajan en equipo, persiguen lograr la regularización legal como profesión. Actualmente, la formación en nuestro país se consolida en estudios de máster, aunque se busca un crecimiento en forma de grado universitario (March Lujan, 2022).

Otra similitud encontrada entre las definiciones comentadas, es la presencia de tres elementos indispensables para ser considerado musicoterapia: la música, el paciente y el terapeuta (Wigram et al., 2002). Cuando Bruscia (2014) incluía en su definición el concepto de “fuerzas dinámicas de cambio” hacía referencia a dichos elementos principales (paciente, música y terapeuta), combinándose e interactuando entre sí, basándose sobre todo en la interacción cliente-música. Por ello, en musicoterapia, las intervenciones deben cumplir tres criterios: el paciente debe necesitar ayuda profesional para lograr un objetivo de salud; debe haber una intervención intencionada, independientemente del resultado; y la intervención debe llevarla a cabo un terapeuta en el contexto de una relación terapeuta-paciente.

A continuación, para comprender de manera más detallada qué es la musicoterapia, se desarrolla de manera minuciosa cada elemento que la compone de manera individual.

1.3.1.1. Música en musicoterapia

La música es inherente al ser humano, no solo por ser un concepto creado por las personas sino porque de manera natural existe música en las personas a nivel corporal, estando presente desde el periodo gestacional. El ritmo cardíaco, la respiración, el pulso, la voz, los pasos, etc. siguen unos parámetros musicales. Asimismo, Wigram (1997) afirma que “crear, interpretar y escuchar música ha sido durante siglos una necesidad primaria para los seres humanos” (p. 217), dando a entender que nos ha acompañado a lo largo de nuestra existencia. Torres y del Campo (1999) defienden que la música es una forma de arte valorada a lo largo de toda nuestra vida, flexible y utilizable, ya que presenta diversas funciones: (a) expresión emocional y comunicación, (b) representación simbólica, (c) vehículo de expresión de normas e ideologías dominantes, (d) socialización, (e) goce estético y diversión, y (f) respuesta física.

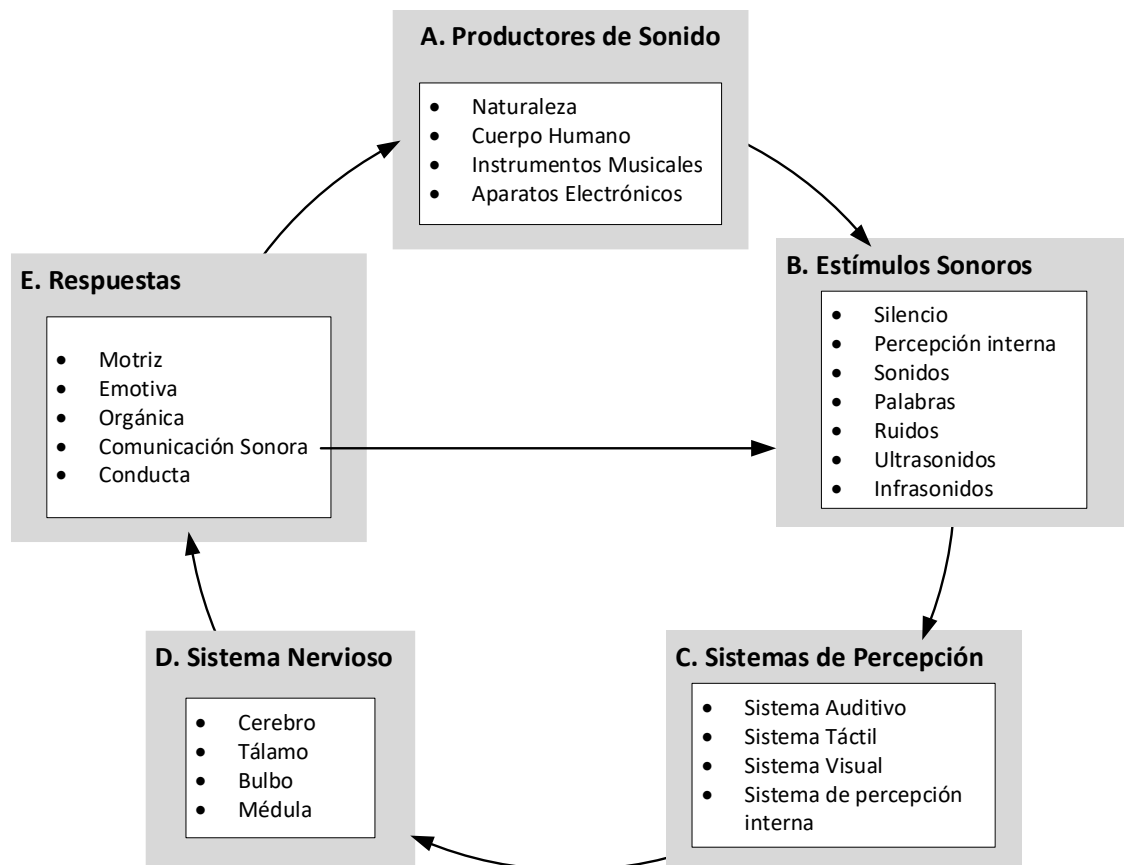
Benenzon reafirma esta idea definiendo el complejo sonido-ser humano-sonido como la estructura en la que se basa y que caracteriza a la musicoterapia. Este autor afirma que el sonido es un estímulo que puede llegar a producir otro estímulo que enriquecerá de nuevo al complejo, siendo un círculo infinito. Este complejo está formado por cinco sectores que se interrelacionan entre sí y, a su vez, se relacionan los elementos en cada uno de ellos (Figura 4).

De esta manera, el complejo sonido-ser humano-sonido, comenzando y terminando en el sonido, comienza gracias a un elemento productor de sonido (sector A) que produce un estímulo sonoro (sector B) y a través de los sistemas de percepción (sector C) y el sistema nervioso (sector D) se percibe dicho estímulo, conllevando una o varias respuestas (sector E) por parte de la persona. Si esta respuesta de comunicación es a través de la propia expresión sonora, llevará a cerrar el círculo del complejo, colocando a la persona de nuevo en el sector B. En musicoterapia el objetivo será comunicarse a través de este complejo, de tal manera que el musicoterapeuta se comunicará, por ejemplo, mediante un instrumento musical, produciendo un estímulo sonoro, y llegando al paciente, percibiéndolo a través de sus sistemas de

percepción, buscando que la respuesta sea de nuevo sonora, llevando al musicoterapeuta a una nueva respuesta (Benenzon, 2011).

Figura 4

Complejo sonido-ser humano-sonido desarrollado por Benenzon



El musicoterapeuta y el paciente van a trabajar con estas respuestas a través de la comunicación terapéutica. Por ello, la forma en la que se entienda la música y dichos sonidos va a resultar crucial. Se encuentran tres puntos de vista diferentes sobre la cuestión del sentido que tiene la música (Wigram et al., 2002): (a) la posición absolutista que entiende que la música no tiene otro significado más que la música en sí misma, es decir, un cúmulo de sucesos estéticos y procesos gobernados por las leyes musicales; (b) la posición referencialista concibe la música como una representación o expresión de fenómenos como emociones, ideas o

narraciones, estando estrechamente relacionado con aquellos que la producen e interpretan; (c) la posición expresionista es una síntesis entre las dos posiciones ya mencionadas, entendiendo la música como un fenómeno y experiencia estética pero que lleva a comprender la existencia humana.

En musicoterapia, un elemento indispensable a tener en cuenta entre los estímulos sonoros es el silencio. Es necesario resaltar que la música está formada por la dualidad del sonido y silencio, uno de los aspectos más importantes que ayuda a que el mundo interno de las personas vaya tomando forma hacia fuera, externalizándose. Para ello, es necesario escuchar ese sonido y/o silencio, imitar para hacer resonancia de lo escuchado, amplificarlo y complementarlo. Esto va a permitir identificar, recrear y crear. Uno de las variables más importantes para que esto suceda es el aspecto emocional que posee la música, ya que ayuda a representar, comprender e interpretar nuestros sentimientos (Wigram, 1997).

Además, la música hace posible conectar con los demás a nivel emocional favoreciendo ciertas habilidades sociales, inter e intrapersonales, como la empatía. Aquí entra la finalidad social que tiene la música, ya que como seres sociales es un elemento muy importante en la identidad personal y social de las personas como partícipes de varios grupos (familia, amigos, compañeros, etc.). La música permite crear una sincronización entre las personas y, por tanto, posibilita crear lazos, relaciones y conexiones sociales, compartir sentimientos y favorecer el sentimiento de pertenencia a un grupo (Torres y del Campo, 1999).

Al emplear la música como herramienta terapéutica, es necesario resaltar que lo importante a valorar de la música en musicoterapia no es la estética. No se trata de las normas musicales empleadas para lograr que la música sea agradable al oído, sino el empleo de la música como vehículo de expresión para el bienestar de la persona. Sin embargo, no se debe obviar que el mundo interno de la persona también está compuesto por dimensiones externas como seres sociales y culturales con normas, conscientes e inconscientes, que pasan a formar

parte de las personas. Por ello, a pesar de que se focalice el proceso en la persona, también es relevante tener en cuenta la cultura y la sociedad en la que vive porque puede influir en esta y en el proceso terapéutico (Smeijsters, 2008).

1.3.1.2. Paciente como persona activa

Un gran dilema ampliamente discutido en el ámbito terapéutico surge en base a cómo denominar a la persona que acude a terapia. Las formas más empleadas son cliente, paciente o usuario. En musicoterapia el concepto “cliente” aparece de manera recurrente a lo largo de la literatura más teórica. Esta disciplina pretende remarcar el hecho de que la persona es el centro de la terapia y es un agente activo de su propio proceso, por lo que existe cierta reticencia a utilizar el concepto de paciente debido al significado que puede llevar implícito relacionado con la pasividad. En las culturas de lengua española, el concepto de cliente es algo más controvertido debido a la implicación del concepto con un sentido comercial¹.

La terminología que se toma de referencia normalmente refleja el entorno o lugar donde se ofrece la terapia, ya que el término de paciente tiende a usarse más en hospitales donde la orientación es médica. En cambio, cliente o usuario se utiliza más en un entorno de clínica privada donde aplican una orientación psicosocial. Sea cual sea la manera de definir a la persona que acude a terapia, es importante no caer en la patologización y etiquetar a la persona en términos de una enfermedad o déficit. Esto no implica que en musicoterapia no se atienda a personas con algún tipo de dolencia. Sin embargo, es necesario resaltar que no todas las personas que acuden a musicoterapia, al igual que ocurre en psicoterapia, tienen por qué padecer alguna patología o problema, sino que pueden buscar aumentar su calidad de vida o trabajar en su crecimiento personal (Bruscia, 1989a, 2014; Wigram et al., 2002).

¹ A partir de la próxima sección, y con el propósito de mantener una homogeneidad en el discurso, se empleará el término “paciente” para hacer referencia a la persona que acude a terapia.

Pueden encontrarse diversas situaciones diferentes con respecto a la persona que acude a musicoterapia. Este es uno de los principales problemas que conlleva la aparición de las múltiples definiciones del concepto, por lo que será muy importante conocer las necesidades de la persona. Por ello, la definición de musicoterapia puede variar dependiendo del tipo de contexto al que pertenezca la persona con la que el profesional esté trabajando. En algunos casos, el proceso de terapia es principalmente rehabilitador, mientras que, en otros, como la población con algún tipo de enfermedad crónica, se centra en adquirir potencialidades y resolver las dificultades físicas, emocionales y psicológicas que pueda padecer (Wigram et al., 2002). En cuidados paliativos, por ejemplo, los musicoterapeutas ofrecen experiencias musicales para mejorar el bienestar y la vida de los pacientes y sus familias, ayudando a gestionar la transición y la muerte, ofreciendo consuelo y apoyo emocional para manejar el dolor y facilitar la expresión de emociones difíciles (O' Callaghan, 2015).

Bruscia (2014) en su último trabajo sobre la definición de musicoterapia hace alusión al término de cliente y lo define como cualquier individuo, grupo comunidad o entorno que necesita o busca ayuda por parte de un terapeuta. En esta actualización, recuerda y resalta el hecho de que la musicoterapia no solo se aplica de manera individual, sino también a grupos, parejas, familias e incluso comunidades. Debido al aumento de los gastos de atención médica y sanitarios, las intervenciones grupales pueden ser una alternativa rentable y práctica frente a la terapia individualizada, ya que permiten un mayor acceso a los servicios psicosociales clínicos. Vinogradov y Yalom (1996) describen once factores terapéuticos específicos propios de la terapia grupal. Estos son: infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal y el grupo como microcosmos social.

En esta definición de cliente, Bruscia también hace explícito el hecho de que no todas las personas buscan esa ayuda activamente, influyendo el nivel de autoconocimiento, la manera en la que la persona percibe y acepta la necesidad de acudir a terapia, y el grado en el que la persona comprende y acepta cómo podría ayudarle la musicoterapia. Asimismo, este autor resalta que estos factores de conciencia y aceptación, afectarán en gran medida a los roles que el cliente podrá y estará dispuesto a adoptar. Para que la terapia tenga algún efecto, el cliente necesita asumir o aprender tres papeles principales acorde con sus capacidades. El primer rol que se espera del cliente es que participe en la experiencia musical en la medida de lo posible, el segundo es que interaccione con el terapeuta y el tercero que muestre cierta disposición para considerar formas alternativas de ser, hacer y vivir (Bruscia, 2014).

1.3.1.3. Musicoterapeuta

Como se ha ido mencionando a lo largo de las definiciones presentadas sobre la musicoterapia, es necesario entender que la musicoterapia es una disciplina en sí misma y, por tanto, requiere de un profesional cualificado formado en musicoterapia para aplicarla de manera metodológica y sistemática. Una de las características más importantes de un terapeuta es la experiencia, es decir, que el musicoterapeuta tenga el conocimiento o habilidad para tratar las necesidades de la persona que acude a terapia. Resulta imprescindible hacer esta aclaración ya que, sin un musicoterapeuta formado, no se podría hablar de musicoterapia.

Esto implica que si está presente el elemento de la música y el de una persona que recibe terapia, y puede que un tercero, pero sin formación en musicoterapia, entonces, no es musicoterapia. En ocasiones, es necesario para entender qué es la musicoterapia, conocer qué no lo es. El rol del terapeuta juega un papel importante en esta distinción. Un ejemplo de esta situación, podría ser cuando, por ejemplo, un coro visita la planta de oncología del hospital para hacer más amena la estancia de las personas ingresadas. Este caso es una actividad musical

y experiencia musical que seguro también ofrece bienestar a las personas, pero no se podría emplear el concepto de musicoterapia.

Otra distinción a realizar para conocer qué es musicoterapia, es entender que musicoterapia no es sinónimo de educación musical. El musicoterapeuta no busca acompañar en el aprendizaje del lenguaje musical o de las habilidades instrumentales, sino en ayudar a la persona a trabajar sus necesidades a través de la experiencia de hacer música. En musicoterapia, todos los objetivos y metas están relacionados con la búsqueda del bienestar, mientras que lo estético y musical va a quedar en un segundo plano (Bruscia, 1989a). De esta manera, no es necesario ni requisito que el paciente posea conocimientos o habilidades musicales para poder beneficiarse de la musicoterapia.

No obstante, el musicoterapeuta si deberá poseer ciertos conocimientos musicales, conocer un repertorio amplio de géneros y las muchas posibilidades que posee la música, para así, poder utilizar la música como herramienta terapéutica. Cuantos más conocimientos y herramientas posea el musicoterapeuta, más flexibilidad presentará en su trabajo, en su expresión musical, y más capacidades tendrá para abarcar múltiples necesidades. El musicoterapeuta necesita desarrollar pericia para elegir el procedimiento adecuado y expresión musical que se adecue a las necesidades de la persona. El nivel de conocimiento y destrezas musicales necesarias para llevar a cabo su trabajo variará en función del modelo teórico musicoterapéutico en el que se base, los cuales se expondrán en la siguiente sección (Wigram et al., 2002).

Estos conocimientos proveerán al musicoterapeuta de las herramientas suficientes para poder llevar a cabo su trabajo. El trabajo principal del musicoterapeuta es ayudar a entender al paciente que el proceso musical por el que pase es, en sí mismo, el proceso terapéutico. No solo se trata de entender que la música será el modo de respuesta primario del paciente, sino que la expresión y experiencia musical serán los ámbitos sobre los que el musicoterapeuta

tratará de actuar, en lugar de limitarse a actuar a través de ellos. Los musicoterapeutas deben poseer los conocimientos suficientes para elegir el instrumento, tonalidad, timbre, armonía y/o tempo, en función de la musicalidad del paciente, de sus necesidades, de la dinámica y de los patrones comunicativos de la relación terapéutica.

Una de las habilidades más importantes del musicoterapeuta reside en saber incorporar e integrar lo terapéutico con lo creativo-musical. Esto permitirá que el musicoterapeuta sea capaz de transmitir emociones y sensaciones a través del nivel sonoro-musical. Asimismo, esto le permitirá escuchar con todos los sentidos, conociendo así a la persona en profundidad, trabajando con su sonoridad y con la vivencia sonora de experiencias sonoras pasadas del mundo interno de ella, tratando en el presente la materia del pasado. Como Ludwig Van Beethoven dijo, “la música es la mediadora entre el mundo espiritual y el de los sentidos” (citado en Chambers y Chambers [1843]), ya que el sonido ayuda a que el mundo interno vaya tomando fuerza hacia fuera, externalizándose.

Sin embargo, a veces el sonido es tan fuerte que ensordece, dando lugar a la retención de recuerdos y al silencio en terapia. Sin embargo, otra cualidad de la música muy importante es que expresa lo que las palabras no pueden. Víctor Hugo afirmó que “la música expresa todo aquello que no puede decirse con palabras y no puede quedar en el silencio” (citado en Frank [1948]). Es necesario que los musicoterapeutas cuiden ese silencio, escuchándolo, y estando alerta y flexible, dispuestos y preparados para ayudar y guiar a la persona. En el silencio, las emociones reprimidas suenan, por lo que el terapeuta puede recogerlas y ayudarle a superarlas a través de la música.

Por otro lado, al igual que sucede en otras terapias, como en la psicoterapia, la capacidad de identificar y manejar la transferencia y contratransferencia es imprescindible. El hecho de identificar la transferencia es muy importante pues se trata de una herramienta muy útil, ya que el paciente va a mostrar en la relación y proceso terapéutico sus problemas del presente, del

“aquí y ahora” (Yalom, 2002). No obstante, en el momento de la transferencia surge la contratransferencia. En ocasiones las reacciones íntimas del terapeuta, reacciones debidas al producto que surge en terapia, llevan a deformar las impresiones del terapeuta de lo que está sucediendo en terapia. Para trabajar la contratransferencia y que el terapeuta se cuide, en las múltiples formaciones de musicoterapia, es un requisito necesario el trabajo personal y acudir a terapia para trabajar e identificar las dificultades personales para que no afecten a la relación terapéutica. Además, este proceso terapéutico es necesario, ya que se trata de una profesión con una carga emocional muy alta que puede acabar afectando tanto a la relación terapéutica, como a la salud y bienestar del terapeuta (Bettelheim y Rosenfeld, 1994).

1.3.1.4. Relación terapéutica

Con la conjunción de estos tres elementos (música, terapeuta y paciente), surge la relación terapéutica en musicoterapia. Lo que hace al terapeuta esencial es la relación que desarrolla con el paciente. Esta relación se caracteriza por las funciones principales del terapeuta que son: atender, ayudar o tratar a la persona, sirviendo la propia relación como un catalizador para el cambio terapéutico. A pesar de que la relación dependa de ambas partes, es cierto que el terapeuta debe poseer ciertas cualidades que favorezcan esta relación.

Para lograr este espacio seguro ideal con el objetivo de que se establezca una relación terapéutica positiva, será necesario que el terapeuta trabaje ciertas actitudes terapéuticas como la empatía, el respeto y la aceptación incondicional. Asimismo, lo más importante debe ser escuchar y crear una relación terapéutica de confianza y un espacio seguro para la persona. Algunos terapeutas debido a sus miedos e inseguridades, tienden a posicionarse por encima de la persona, dándose una relación diferenciada por el poder. Ambas personas deben entender que, aunque poseen papeles diferentes, esto no significa que el del terapeuta sea superior. Este desequilibrio deforma la relación, llegando a dañarla. A veces, el tomar esta posición de

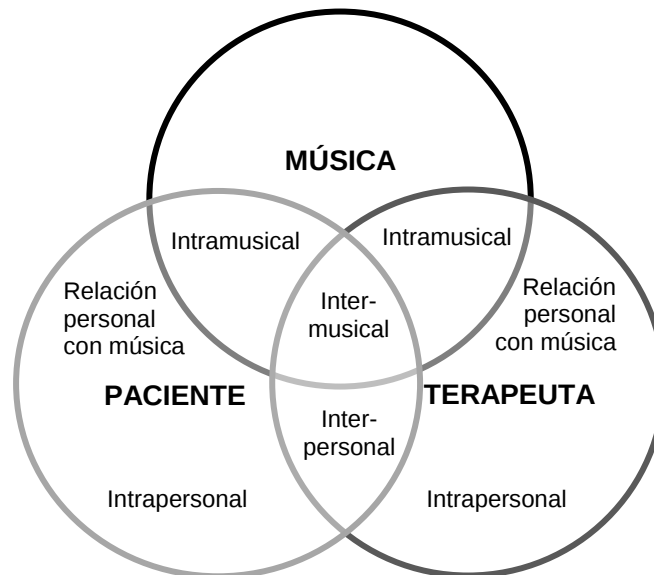
superioridad deja al paciente en un segundo plano, siendo en este caso sí, completamente pasivo (Bettelheim y Rosenfeld, 1994; Bruscia, 1989a; Yalom, 2002).

Sin embargo, en musicoterapia, el terapeuta no es el único agente que actúa sobre el paciente. La música juega un rol integral en el proceso de intervención, a veces sirviendo como compañera del terapeuta, y otras facilitando o induciendo al cambio en el paciente con poca o sin ayuda del terapeuta. En este punto, es cuando se discuten los conceptos de música en terapia y música como terapia. El término de música como terapia se acuñó por primera vez por Nordoff y Robbins. No obstante, fue Bruscia quien presentó ambos conceptos para contrastarlos, refiriéndose a música como terapia cuando la música sirve como estímulo primario, dándose el énfasis en que el paciente se relacione directamente con la música y el terapeuta ayude en este proceso de relación cuando sea necesario. Por el contrario, la música en terapia se emplea cuando la música no es el agente terapéutico principal o único, sino que se utiliza para facilitar el cambio terapéutico a través de una relación interpersonal o dentro de otra modalidad de tratamiento (Aigen, 2005; Bruscia, 1989a).

Teniendo en cuenta los tres elementos de la musicoterapia, es necesario resaltar las relaciones surgidas en el proceso terapéutico, ya que influirán aquellas relaciones que el paciente y el terapeuta ya tengan antes de entrar en terapia, las relaciones inherentes a la música o a la experiencia musical, y las que se forman a propósito con fines terapéuticos dentro del proceso. Tanto el paciente como el terapeuta entran en terapia con ciertas relaciones intrapersonales, interpersonales y con sus propias relaciones personales con la música ya establecidas y, al interactuar en el proceso terapéutico, se forman nuevas relaciones en estas áreas. La relación terapéutica paciente-música-terapeuta es la que está en funcionamiento durante el proceso terapéutico, donde el terapeuta y el paciente interactúan en y a través de la experiencia musical para favorecer los cambios terapéuticos (Bruscia, 2014). En la Figura 5, se muestran los componentes que conforman esta relación.

Figura 5

Relación terapéutica paciente-música-terapeuta



1.3.2. Modelos teóricos

La musicoterapia se ha visto influida significativamente por el desarrollo del concepto de la terapia en el transcurso del tiempo. A lo largo de los años han surgido tres escuelas terapéuticas principales para el tratamiento de los diferentes aspectos psicológicos: psicoanalítica, terapia conductual y neuropsiquiatría. Las dos primeras orientaciones han constituido el principal fundamento terapéutico para el desarrollo de la teoría y la práctica musicoterapéutica. En un inicio, su desarrollo varía en función del país, ya que en Estados Unidos estuvo muy ligado a las teorías del conductismo y la terapia conductista, mientras que en Europa los enfoques dominantes son los psicoterapéuticos y psicoanalíticos (Wigram et al., 2002).

La influencia de las diferentes escuelas terapéuticas, ha permitido que la musicoterapia sea considerada una disciplina y proceso sistemático basado en diferentes teorías, que permiten llevarla a la práctica desde diferentes perspectivas. Las diversas orientaciones teóricas en

musicoterapia son clasificadas en los denominados modelos. Un modelo se refiere a una orientación concreta y sistemática del método, procedimiento y técnica basado en determinados principios (Bruscia, 1998).

Todos los modelos utilizan de alguna manera la música tanto como terapia como en terapia, aunque cada modelo enfatiza una de las orientaciones clínicas sobre la otra. Los criterios para determinar la aplicabilidad de cada enfoque se basan en las necesidades del paciente, en las habilidades no musicales (como la incapacidad para la comunicación verbal), así como en la capacidad de lograr un crecimiento terapéutico únicamente a través de la música o si necesita trabajar verbalmente a través de una relación personal con el terapeuta (Aigen, 2005).

A nivel internacional, tras ser presentados en 1999 en el 9º Congreso Mundial de Musicoterapia en Washington, se encuentran principalmente cinco modelos de musicoterapia. Estos son: Imagen Guiada y Música, Musicoterapia Analítica, Musicoterapia Creativa, Musicoterapia Benenzon y Musicoterapia Conductual. En Wigram et al. (2002) se recogen los fundamentos teóricos de cada uno de estos modelos, los cuales se exponen en las siguientes secciones.

1.3.2.1. Imagen Guiada y Música

Este modelo fue desarrollado en los años 60 por Helen Bonny, musicoterapeuta e investigadora de la corriente conductista, en base a su trabajo desarrollado con personas que presentaban problemas de adicción. El tratamiento que empleaba con estas personas se basaba en el uso de LSD, junto con la escucha de música. El proyecto finalizó debido a la prohibición del empleo de LSD y Helen Bonny fue desarrollando gradualmente un modelo psicoterapéutico sin drogas. En este caso, lograba el estado alterado de la conciencia mediante la relajación profunda y ésta era seguida por pequeños fragmentos de música clásica. El método se elaboró como procedimiento manteniendo dos componentes del tratamiento original: el estado de

conciencia alterado facilitado por el entrenamiento autógeno basado en Schultz o en la relajación progresiva de Jacobson, y el potencial evocativo dinámico de la música clásica.

En musicoterapia receptiva el Método Bonny, o también conocido por sus siglas en inglés “GIM” (*Guided Imaginery and Music*), es el procedimiento utilizado por excelencia. El principal enfoque de este modelo se basa en un proceso donde se evocan imágenes durante la escucha de la música. Hoy en día se encuentran más de 30 programas diferentes específicos, con una duración de entre 30 y 50 minutos, constando de 3 a 10 movimientos largos o cortos preseleccionados. La música se secuencia para apoyar, generar y profundizar en diversas necesidades psicológicas. La experiencia que recorre la persona a través de la música se denomina “viaje”, experimentando secuencias de imágenes que sirven de metáfora de los problemas o aspectos a trabajar de la persona.

Las sesiones suelen ser de 90 a 120 minutos y cada una de las sesiones está conformada por cuatro fases:

1. Preludio, con una duración de 15 a 20 minutos, donde se identifica un punto central para esa sesión.
2. Inducción, relajación y enfoque, fase que dura entre dos y siete minutos.
3. Viaje musical cuya duración variará en función del programa o música elegida (30-50 minutos).
4. Postludio, que persigue regresar al estado de conciencia normal de la persona, pero manteniéndose concentrado en su experiencia mediante un dibujo (mandala), escultura de arcilla o poema, y suele durar entre 5 y 10 minutos.

A pesar de que este modelo se ha empleado con numerosas poblaciones, en su formato clásico está contraindicado para pacientes con problemas de percepción de la realidad e inestabilidad emocional. Las adaptaciones y modificaciones del formato clásico posteriores

incluyeron sesiones más breves, el uso de otros tipos de música además de la clásica, una orientación más directiva y la intervención como apoyo en lugar de exploratoria.

1.3.2.2. *Musicoterapia analítica*

En un primer momento se desarrolló la musicoterapia analítica, fundada a comienzos de los años 70, por la músico y musicoterapeuta Mary Priestley. En su trabajo trató de combinar la musicoterapia y el psicoanálisis, integrando la comprensión psicoterapéutica de la transferencia entre el terapeuta y el paciente con la comprensión del significado y forma de expresión en las improvisaciones musicales. Esta autora define la musicoterapia analítica como el uso creativo de la improvisación que permite explorar la vida interior del paciente, proporcionando un camino hacia el crecimiento personal y autoconocimiento.

El término de musicoterapia analítica poco a poco se ha ido reemplazando por el de “musicoterapia orientada analíticamente”, conocido en inglés como *analytically oriented music therapy* (AOM). Este modelo se considera una ampliación del anterior, aunque ya no se basa únicamente en las teorías psicoanalíticas. Gracias a que la musicoterapia analítica se fue incorporando en programas de formación eclécticos, la AOM se basa, además de en la psicología analítica, en teorías de la comunicación y sobre los componentes psicosociales que intervienen en el desarrollo de la personalidad de cada individuo.

Con respecto a las sesiones de la AOM, cuando el formato de las sesiones es individual solo está presente un terapeuta, mientras que cuando se trata de sesiones grupales suele haber dos terapeutas trabajando conjuntamente, adoptando el rol de terapeuta y coterapeuta. Cada sesión comienza con una exploración verbal e intuitiva con el terapeuta y el paciente sobre aquello que es significativo para el paciente en ese momento. Así se crea la denominada “regla de juego”, entendida como el trabajo de encontrar un punto central o tema sobre el que trabajar y que sirva de inspiración para la improvisación musical. Pueden utilizarse numerosas y diferentes categorías, adaptándolo al problema que se quiera tratar.

Durante la improvisación, se explora de manera no verbal este tema de trabajo y el musicoterapeuta acompaña al paciente en la improvisación, apoyando o conteniendo las emociones que expresa éste musicalmente. Tras la improvisación es importante que exista una reflexión verbal con el objetivo de ofrecer al paciente el espacio para hacer conscientes los movimientos internos que han sido provocados por la improvisación. Normalmente, tras esta interacción verbal, la sesión termina con otra improvisación para cerrar y digerir el material surgido de la sesión. Este modelo se basa sobre todo en el concepto de música en terapia, ya que busca emplear la música como expresión simbólica de estados internos, como emociones y recuerdos.

1.3.2.3. Musicoterapia creativa

El modelo de Nordoff-Robbins fue desarrollado entre 1959 y 1976 por Paul Nordoff, pianista y compositor americano, y Clive Robbins, profesor británico formado en necesidades educativas especiales. Ambos colaboraron conjuntamente para crear uno de los modelos de improvisación más extendidos a nivel mundial. Inicialmente casi todo el desarrollo del modelo se dirigió a niños con dificultades de aprendizaje.

Este modelo se basa en la psicología humanista, entendiendo que dentro de cada ser humano hay una reacción innata a la música. Esta idea resulta imprescindible para la práctica clínica ya que a pesar de trabajar con personas que presentaban dificultades severas, tanto físicas como cognitivas, creían en el potencial y reacción natural a la música y en su poder para lograr la autoexpresión y la comunicación. Asimismo, también relacionaron los objetivos terapéuticos con los conceptos humanistas de Abraham Maslow, incluyendo como objetivo llegar hacia la autorrealización. De esta manera, este modelo emplea un enfoque no directivo para dar autonomía al paciente, por lo que el terapeuta presenta un rol facilitador.

En las sesiones individuales se trabaja con dos terapeutas, uno de ellos establece una relación musical con el piano, mientras que el otro terapeuta facilita las respuestas del paciente

en la improvisación. Esta perspectiva proviene del trabajo conjunto realizado por sus fundadores, ya que Nordoff era el pianista y Robbins era el otro terapeuta. La música supone el eje central de la experiencia, es decir, el principal foco de las sesiones es hacer música, por lo que las respuestas musicales proporcionan el material principal para el análisis e interpretación. Esta perspectiva forma parte del concepto de “música como terapia”, donde la música es el catalizador terapéutico y la relación terapéutica se establece dentro de la música. Este modelo exige músicos cualificados que tengan conocimientos para emplear instrumentos armónicos, fundamentalmente el piano. Por tanto, los terapeutas utilizan la improvisación creativa, que debe estar libre de convenciones musicales y ser flexible.

1.3.2.4. Modelo Benenzon

A finales de la década de 1960, Rolando Omar Benenzon desarrolló un modelo teórico que recibe especial atención en Latinoamérica. Su teoría se basa en los conceptos de identidad sonora (ISO), objeto intermediario, objeto integrador, espacio vincular, tiempo terapéutico y distancia óptima. Este modelo, y los conceptos en los que se basa, proviene de la interrelación de múltiples teorías de Freud, Jung, Lorenz, Winnicott, Watzlawick y Fiorini (Benenzon, 2011).

Para comprender de manera adecuada el modelo teórico conviene definir brevemente cada uno de los conceptos que lo conforman. El ISO se refiere al conjunto sonoro que pertenece al individuo y lo caracteriza. Supone, por ello, un concepto dinámico que está en constante movimiento de cambio, incluyendo todas las percepciones pasadas y presentes. De esta manera, en el proceso terapéutico la comunicación se establece cuando se reconocen y diferencian el ISO del musicoterapeuta y el ISO del paciente. Este ISO está conformado principalmente por cuatro estructuras: el ISO universal, que corresponde al inconsciente y lo heredado, como el ritmo cardíaco o la respiración; el ISO gestáltico, que también se encuentra en el inconsciente, pero se desarrolla a partir de la concepción de la persona; el ISO cultural, que corresponde a

todos los estímulos que recibe el individuo del ambiente que le rodea; y el ISO grupal, que aparece en los momentos de interacción en grupo (Benenzon, 2011).

El objeto intermediario hace referencia a los elementos que permiten el paso de comunicación corporo-sonoro-musicales entre un individuo y otro, siendo un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente sin provocar estados de alarma intensos. Benenzon considera los instrumentos musicales y el sonido como objetos intermediarios. Con respecto al objeto integrador, éste se refiere al instrumento musical que lidera sobre los demás instrumentos y en el que se centra la dinámica del vínculo entre los pacientes de un grupo y el musicoterapeuta (Benenzon, 2011).

En lo que respecta al resto de conceptos que conforman la teoría, todos ellos se relacionan con el denominado espacio vincular. Este espacio es el que se forma entre dos personas cuando interaccionan los diferentes ISO de cada individuo. En ese momento el objeto intermediario e integrador favorecen la capacidad de fluir de los diferentes ISO. El tiempo terapéutico sólo se produce mientras dura dicho espacio vincular, es decir, como consecuencia de la comunicación entre el paciente y el musicoterapeuta. Con respecto al concepto de distancia óptima, éste se refiere a la distancia que deben tomar los que componen el espacio vincular, ya que este espacio solo se mantiene mientras ambas partes respeten el espacio del otro y éste no sea invadido (Benenzon, 2011).

1.3.2.5. Musicoterapia conductista

Este modelo proviene de la teoría definida por la psicología conductista, surgió principalmente en Estados Unidos, y su desarrollo se atribuye al doctor Clifford Madsen, quien presenta este modelo como la aplicación científica de la música para lograr objetivos terapéuticos, ya sean conductuales, de desarrollo y/o médicos; empleando la música para influir en cambios en la conducta. El objetivo de la terapia se orienta hacia la modificación de

conducta, entendiendo que la conducta condicionada puede ser medida a través de la aplicación del análisis de la conducta.

Los principios en los que se basa este modelo teórico son que la música se puede utilizar como una señal, como una estructura temporal y de movimiento corporal, como foco de atención y como recompensa. La aplicación eficaz del modelo es extremadamente compleja y requiere de amplia formación para que la intervención sea efectiva, incluyendo una comprensión sólida de los principios del comportamiento humano, así como una gran capacidad para analizar y crear los procedimientos. Este enfoque defiende estos procedimientos más estrictos porque se considera que son los necesarios para estudiar las respuestas conductuales observables en relación con los estímulos del entorno.

El proceso de terapia implica el concepto de estímulo-respuesta, empleándose la música para cambiar la conducta. En la práctica se utiliza todo tipo de música junto con el programa de modificación de conducta, variando ampliamente el tipo de música empleada. Este modelo se considera como un ejemplo de “música en terapia”, ya que el papel de la música es actuar como un estímulo y reforzar el comportamiento no musical.

1.3.2.6. Otros modelos teóricos: el Psiquismo Creador

Además de los cinco modelos internacionales de musicoterapia expuestos, se encuentran otros muchos modelos también reconocidos a nivel mundial, como el modelo de Libre Improvisación de Alvin (1984) o el modelo Fiorini (2007) basado en el Psiquismo Creador. Es menester del presente escrito hacer referencia a este último modelo teórico, debido a su implicación en el diseño del programa de intervención creado, detallado en la sección 3.3.1.5.

El modelo del Psiquismo Creador se enfoca en los procesos creativos y terapéuticos, describiendo de manera explícita el proceso de creación artística como marco terapéutico. La musicoterapia basada en el psiquismo creador defiende que a través de la improvisación y la

creación surgida en musicoterapia se logra la existencia de un espacio de posibilidades múltiples. En este modelo la música se entiende como un objeto intermediario que vehiculiza de manera metafórica la dinámica creativa psíquica, donde la improvisación del terapeuta y del paciente interactúan y crean el diálogo y la escucha.

Fiorini (2007) presenta los procesos terapéuticos como una invitación a crear, en el que el terapeuta ayuda al paciente a crear algo diferente con lo que ocurre en sus vidas, transformándose la clínica en un espacio de creación. La creatividad debe ser entendida como posibilitadora de procesos humanos que están en continuo movimiento. Crear implica tensiones y contradicciones, al igual que el trabajo en terapia, donde se puede lograr que las contradicciones se transformen en algo material donde construir.

Para comprender el modelo, Fiorini establece una tópica donde ubica las operaciones del proceso creador, dando cabida a las angustias y fracasos que surgen en dichos procesos. De esta manera, propone el concepto de “lo dado”, “el imposible” y, “lo posible”. Lo dado se refiere a lo ya constituido, lo que las personas ya conocen y dan por establecido. Este es el punto inicial de cualquier proceso creador, desde donde surge el impulso de atravesar el límite de lo conocido. Lo imposible corresponde al espacio de conflicto donde surge la transformación, un lugar de vértigo y contradicciones, en el que surge un proceso de cambio. Por último, lo posible es donde se crea una nueva zona de realidad, es el lugar transformado donde se armonizan las contradicciones (Fiorini, 2007).

1.3.3. Técnicas musicoterapéuticas

La musicoterapia utiliza experiencias musicales para estimular los cambios necesarios en la persona que le lleven a mejorar su calidad de vida. Esta es la principal distinción con respecto a otras modalidades de intervención, ya que la música actúa como agente de intervención. La manera en la que los musicoterapeutas definen las experiencias musicales se basa en el contexto clínico en el que trabajan (Bruscia, 2014). Una clasificación general

ampliamente utilizada en musicoterapia es agrupar todas las experiencias musicales posibles en dos tipos de técnicas: activas y receptivas (Bruscia, 1989a).

1.3.3.1. Técnicas activas

Cuando la experiencia es activa, se entiende que la terapia tiene lugar en base a la participación del paciente de manera activa en el proceso, es decir, se trabaja a través de los esfuerzos del paciente para improvisar y crear música. Esta experiencia activa es la que aporta los beneficios como estímulo principal de cambio terapéutico (Bruscia, 1989a). Las técnicas activas son un conjunto de procedimientos que se caracterizan por la expresión de experiencias musicales por parte del paciente. Estas técnicas tienen como objetivo la expresión del paciente, sin importar el componente estético del arte, por ello también se conocen como técnicas expresivas o creativas (Poch, 2013). Entre las técnicas activas se encuentra la improvisación, el *songwriting* o composición de canciones, la percusión corporal, canto, psicodrama musical, movimiento y música, y un largo etcétera, en el que se encuentran todas aquellas técnicas que implican la participación activa del paciente en la producción musical. A continuación, se profundiza en dos de las técnicas más empleadas en musicoterapia y sobre todo en el campo de su aplicación con cuidadores informales: la improvisación y el *songwriting* o la composición de canciones.

1.3.3.1.1. Improvisación clínica

La improvisación es un arte, el arte de crear espontáneamente. Cabe hacer distinción entre la improvisación musical y la improvisación en musicoterapia, entendida como la improvisación clínica. En este campo también se crea música pero, además, se crean momentos, relaciones, comunicación, entendimiento, conexión, expresión, emoción y muchos más aspectos. Desde un punto de vista más profesional se podría decir que la principal diferencia entre la improvisación musical y la clínica reside en que, en esta última, se trabaja con la improvisación musical, pero en un entorno de confianza donde se tienen en cuenta

técnicas y métodos terapéuticos para ayudar a encontrar las necesidades de la persona y trabajar sobre los objetivos terapéuticos (Wigram et al., 2002).

Esta improvisación puede ser más o menos estructurada, pero siempre se emplea en base a diversas técnicas como contención, espejo, diálogo o el uso de transiciones simples y complejas. La improvisación sirve de enlace entre musicoterapeuta y paciente. Lo que sucede, la producción, es un acto de libertad musical y un proceso creativo, por lo que el musicoterapeuta debe dejar la máxima libertad posible al paciente. Por ello, es relevante que el musicoterapeuta siempre realice un trabajo flexible aunque, a su vez, debe tener en cuenta de base ciertas metodologías (Wigram, 1997, 2004).

La improvisación se apoya en múltiples procedimientos teóricos, normalmente se diseñan modelos de terapia de acuerdo con el marco clínico y específico en el que van a ser utilizados, para poder así responder a las necesidades del grupo o de un paciente determinado. Algunos modelos de musicoterapia de improvisación se diferencian de otros en la población o en el marco clínico tomado como referencia para su diseño. De hecho, cada modelo tiene unas características que lo hacen único y diferente del resto. Los principales modelos de improvisación, que guardan relación con los modelos teóricos ya presentados, son: musicoterapia creativa o modelo Nordoff-Robbins, terapia de libre improvisación o modelo Alvin, y musicoterapia analítica o modelo Priestley (Bruscia, 1999).

1.3.3.1.2. Songwriting

La composición de canciones o internacionalmente conocido como “songwriting”, es una técnica utilizada en musicoterapia para promover la expresión, aunque permite trabajar a través de ella diferentes objetivos terapéuticos, permitiendo su uso en múltiples poblaciones. La técnica del songwriting se refiere al proceso en el que un paciente o grupo de pacientes se involucran con el musicoterapeuta en crear, escribir y/o grabar letras y música, dentro del

contexto de una relación terapéutica, abordando las necesidades psicosociales, emocionales, cognitivas y/o comunicativas del paciente (Wigram y Baker, 2005).

Tras un análisis inductivo basado en entrevistas a clínicos, Baker (2015) identificó una serie de fortalezas sobre esta técnica, afirmando que el songwriting: (a) está fuertemente conectado con la cultura y la sociedad; (b) es versátil; (c) implica un proceso terapéutico; (d) combina el lenguaje y la música; (e) invita a la colaboración y a una relación terapéutica; (f) representa un viaje terapéutico; (g) es un medio de expresión emocional; (h) es una actividad social; (i) puede transformar el entorno de la persona que compone la canción; y (j) crea artefactos, es decir, se asegura la permanencia del objeto (la canción compuesta en sí misma).

Cabe destacar entre estos puntos fuertes del songwriting la versatilidad. Esta técnica se identifica como versátil porque permite abordar una amplia variedad de objetivos clínicos, así como trabajar con diferentes poblaciones y áreas clínicas. Esto es posible ya que mediante el songwriting se puede intervenir a través de diferentes métodos y enfoques. Baker (2015) ofrece una categorización de métodos de songwriting en función de si el énfasis se encuentra en la creación de la letra y/o la música. Los métodos de songwriting que enfatizan la creación de la letra son el rellenar huecos en blanco, la parodia de una canción, el songwriting estratégico, o rapear sobre una música previamente compuesta. Entre los songwriting que se centran en la creación de letra y música está rapear o cantar sobre música original, el collage de canciones, y las canciones creadas de manera improvisada. Por último, los songwritings focalizados en la creación de música son los *mash-ups* o la composición original de una canción.

El songwriting es una técnica protagonista en las investigaciones en el campo de la musicoterapia. Entre estos trabajos científicos dos de los métodos que más se han estudiado son la parodia de canciones y la composición de una canción original (Baker y MacDonald, 2014). La parodia de canciones consiste en reescribir toda o parte de la letra de una canción ya existente. Este método se recomienda cuando se dispone de poco tiempo para crear la canción

y cuando los participantes de songwriting necesitan estructura, por ejemplo, para aquellos pacientes que no se encuentran emocional o psicológicamente preparados para un proceso terapéutico más profundo (Baker, 2015). El método de parodia de canciones puede utilizarse para desmitificar el proceso de songwriting, proporcionando una preparación para la composición original de canciones ilustrando que, con el apoyo del musicoterapeuta, cualquiera puede crear una canción (Baker et al., 2008, 2009; Wigram y Baker, 2005).

En cambio, la composición de canciones originales implica la creación completa de letra y música. Este método puede utilizarse dentro de estructuras conocidas, creando la letra y la música desde cero, pero guiándose por estructuras musicales preexistentes (por ejemplo, estribillo y estrofas). La composición de canciones originales suele utilizarse cuando es posible una exploración más profunda, teniendo en cuenta el grupo, el entorno y las características de los participantes, siendo un reto para aquellos con dificultades cognitivas y/o lingüísticas (Baker et al., 2008, 2009; Wigram y Baker, 2005).

La eficacia del songwriting en terapia puede verse influida por diversos factores, incluido el estado de salud físico y psicológico del paciente. Los terapeutas deben tener en cuenta estos factores como orientación a la hora de elegir el método de songwriting a emplear (Baker, 2015). Por lo tanto, es esencial para la práctica clínica considerar el impacto que los factores ambientales, socioculturales, individuales y grupales podrían tener en el proceso de la composición (Baker, 2013a, 2013c, 2014). Identificar los factores previos a la terapia, así como los surgidos durante la terapia, es importante para comprender los efectos del songwriting.

Baker, como persona de referencia en la aplicación del songwriting en la práctica clínica, ha profundizado sobre los mecanismos de cambio que surgen durante el proceso terapéutico trabajado mediante el songwriting (Baker y MacDonald, 2014). Una de las

variables que trata es la trascendencia² de las composiciones de los pacientes, afirmando que cuanto más significativo es un proceso de songwriting para una persona, mayor es el potencial de sus efectos positivos (Baker et al., 2015). Por lo tanto, evaluar el significado de las composiciones podría proporcionar más información sobre los cambios terapéuticos resultantes de los procesos de songwriting. Así, a través de diversas publicaciones científicas, Baker ha trabajado en el concepto de trascendencia hasta crear la escala denominada *Meaningfulness of Songwriting Scale* (MSS), donde recoge a través de 21 ítems la percepción de las personas sobre la importancia que ha tenido el proceso de composición para ellas (Baker et al., 2016).

1.3.3.2. Técnicas receptivas

La musicoterapia receptiva abarca técnicas en las que el paciente es receptor de la experiencia musical, en contraste con el creador activo de música que representa las técnicas activas (Wigram et al., 2002). La experiencia es considerada receptiva cuando la terapia tiene lugar como resultado de la escucha del paciente. En este caso, la experiencia puede resultar de entrar en ella o de recibir únicamente la música. La música actúa directamente en el paciente, aportando un estímulo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando un proceso terapéutico para que se dé un cambio (Bruscia, 1989a).

El proceso del cambio terapéutico puede tener lugar durante o después de la experiencia de la escucha, y puede implicar respuestas a la música tanto musicales como no musicales (Bruscia, 1989a). En las experiencias receptivas, el paciente escucha música y responde a la experiencia de manera silenciosa, verbal o de otro modo. Para que el terapeuta entienda la respuesta del paciente, a menudo se produce un diálogo sobre la experiencia. Por ello, el

² El concepto de trascendencia, en este caso, se refiere a la importancia o relevancia que tiene una canción para la persona que la ha compuesto. En la literatura científica se hace referencia a este término como *meaningfulness*. Al no haberse estudiado este tema en la comunidad científica en español, en la presente tesis se ha utilizado “trascendencia” como traducción.

terapeuta necesitará habilidad para facilitar este diálogo y mantener una presencia terapéutica que facilite el debate de la experiencia (Bruscia, 1989b; Wigram et al., 2002).

Estas experiencias receptivas pueden incluir la escucha de música en vivo o música grabada, empleando música que puede ser improvisada o precompuesta por el paciente, terapeuta u otros, interpretaciones o composiciones del paciente o el terapeuta, o bien grabaciones comerciales de música, incluyendo varios estilos de música. La experiencia auditiva puede enfocarse a los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, estéticos o espirituales de la música, y las respuestas del paciente se diseñan según el objetivo terapéutico de la experiencia (Bruscia, 1989b).

Grocke y Wigram (2008) dedican un libro a profundizar y describir los métodos receptivos en musicoterapia, incluyendo técnicas y aplicaciones clínicas con aspectos prácticos sobre su utilización. En este trabajo describen en profundidad qué selección de música es la adecuada según la población y objetivos de la terapia, o qué elementos significativos debe presentar la música escogida. Asimismo, estos autores recogen una serie de técnicas receptivas con la inclusión de casos prácticos. Entre dichas técnicas mencionan la relajación musical, la audición para la evocación de imágenes, el debate terapéutico sobre letras de canciones, reminiscencias de una canción, el collage musical, la música con dibujo y narrativa, y la terapia con vibroacústica.

Resulta relevante comentar que en ciertas ocasiones el uso de los conceptos activo y receptivo lleva a la equivocación de entender que el nivel de actividad y participación del paciente es menor en las técnicas receptivas. Sin embargo, a pesar de que las técnicas activas impliquen una acción más visible, como tocar un instrumento, las técnicas receptivas también implican una acción y una respuesta, suponiendo una actividad más interna, que provoca cambios en la persona (Poch, 2013).

En línea con la aclaración comentada, es importante señalar que, tanto en las experiencias receptivas como activas, la música puede proveer un estímulo que actúe sobre la persona, obteniendo resultados e influyendo en el paciente directamente, o puede ser un medio de respuesta que suponga un proceso de cambio terapéutico. Así, cualquier descripción de las experiencias musicales que se utilizan en terapia deben incluir tanto estímulos musicales como respuestas musicales a esos estímulos (Bruscia, 1989a).

1.4. Musicoterapia aplicada a cuidadores informales

La musicoterapia es una intervención cada vez más empleada tanto en servicios públicos como privados, conllevando un mayor número de investigaciones que tienen como objetivo comprender los efectos de esta disciplina en las personas. A lo largo de los años estas investigaciones han mostrado su efectividad en múltiples poblaciones, aplicando diversos programas de intervención diseñados de acuerdo a diferentes modelos teóricos y con técnicas musicoterapéuticas adaptadas a las necesidades de las personas a las que se dirige la intervención.

En el caso de los cuidadores informales, la literatura científica ha mostrado hallazgos positivos en lo que respecta al uso de la musicoterapia con esta población. Los estudios en este campo se encuentran en auge, incluso llegando a realizarse revisiones bibliográficas al respecto. La mayoría de revisiones provienen de estudios que tratan de analizar tratamientos no farmacológicos con cuidadores, entre los que se incluye la musicoterapia. No obstante, el crecimiento de estudios sobre musicoterapia y cuidadores informales es tan grande en la última década, que ha posibilitado a Steiner-Brett (2023) realizar una revisión centrada únicamente en esta intervención con cuidadores. Esta revisión sistemática reciente, cuyo objetivo era analizar la bibliografía existente sobre la musicoterapia como intervención para abordar las necesidades psicosociales de los cuidadores informales, llegó a evaluar un total de 50 estudios.

Las conclusiones formuladas tras analizar dichos estudios aportan una visión general y permiten conocer el estado actual del panorama de la musicoterapia aplicada a cuidadores informales. Con respecto al formato de las sesiones que conforman los programas de intervención de musicoterapia con cuidadores, destaca su aplicación en formato grupal, resaltando la importancia de incrementar y trabajar la dimensión social de los cuidadores. Asimismo, las técnicas activas son las más empleadas y, entre ellas, destaca la aplicación del songwriting.

Otro aspecto a señalar entre los artículos que abarcan este tema es que, el 60% de estos estudios evalúa la intervención musicoterapéutica dirigida a la participación conjunta del cuidador informal y la persona que recibe los cuidados. De esta manera, se encuentran solo un total de 12 estudios (el 24% de los analizados) en los que la musicoterapia se aplica únicamente a los cuidadores informales. Asimismo, entre este 24%, la mayor parte de investigaciones se centran en poblaciones concretas, siendo en su mayoría cuidadores de personas con demencia o en situación de final de vida (Steiner-Brett, 2023). Con respecto a estudios que evalúan los efectos de la musicoterapia en cuidadores de personas mayores a día de hoy éstos son muy escasos.

Por un lado, se encuentra el estudio de Brault y Vaillancourt (2022), quienes mediante una metodología cualitativa exploraron las experiencias de cinco cuidadoras informales al participar en un grupo de musicoterapia online. Mediante un análisis temático, identificaron temas como las posibilidades y los retos de la musicoterapia online en grupo, y la música como recurso sanitario. Por otro lado, Steiner y Gooding (2019) proponen una investigación experimental en la cual aplicaron una única sesión de musicoterapia utilizando una intervención de mindfulness asistida por música junto con otra sesión de psicoeducación y un recurso electrónico sobre el bienestar psicosocial de los cuidadores informales de adultos mayores. Posteriormente, recibieron una grabación electrónica de la misma sesión que experimentaron, pudiendo emplearla como recurso de manera independiente durante un periodo de dos semanas. Este estudio reportó una reducción significativa en las puntuaciones de estrés y una mejora en el bienestar.

No obstante, como puede comprobarse a través de estos dos estudios comentados, se identifican una serie de problemas en la literatura. En estos estudios y muchos otros aplicados a otro tipo de cuidadores, no queda claro si se trata de una intervención basada en la música o de una intervención musicoterapéutica, encontrándose un uso incoherente e inexacto de la

terminología al referirse a la musicoterapia. Esto crea confusión y contribuye a ciertos problemas, debido a que la musicoterapia se refiere a una profesión en sí misma, lo que implica una educación, formación y credenciales específicas del musicoterapeuta. Se pueden encontrar estudios sobre música aplicada a cuidadores informales, pero algunos de ellos no podrían enunciarse como intervenciones musicoterapéuticas. Asimismo, el hecho de aplicar pocas sesiones o la falta de homogeneidad en la participación del número de sesiones, dificulta la identificación de resultados concluyentes respecto a los efectos de las intervenciones.

A pesar de que Steiner-Brett (2023) destaca en su revisión que el diseño más empleado es el experimental, éstos son con muestras muy pequeñas, siendo frecuente estudios pre/post sin grupo control, y aquellos en los que sí se incluye este grupo, no se aleatorizan. Por ello, se encuentran pocos estudios que permitan llegar a conclusiones y a una generalización de los resultados. Los ensayos clínicos controlados son un diseño que, debido a su metodología, permiten llegar a conclusiones sobre los efectos de la intervención. Un ejemplo es el de Ferguson (2006), quien examinó el efecto de una intervención musicoterapéutica de songwriting en la identificación y utilización de estrategias de afrontamiento por parte de los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. El grupo experimental fue capaz de identificar y emplear un número significativamente mayor de estrategias de afrontamiento entre las medidas previas y posteriores a la prueba. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los datos del grupo control y experimental.

Los ensayos clínicos controlados son la elección predilecta en la literatura científica para analizar los efectos de una intervención. No obstante, es necesario resaltar que en ocasiones estos diseños no permiten conocer la explicación de dichos efectos. A través de otros diseños metodológicos de investigación, los estudios sobre musicoterapia aplicada a cuidadores informales de adultos han reportado reducciones en la ansiedad y depresión de los cuidadores informales, confirmando la capacidad de la musicoterapia para promover la

expresión y regulación emocional. Asimismo, también se ha observado una influencia positiva en otras variables como el afrontamiento, el estrés o la calidad de vida (Baker, 2017; Denk, 2023; García-Valverde et al., 2020). Estos resultados reflejan la necesidad de continuar la exploración sobre los efectos de la intervención desde diferentes perspectivas.

En el campo de la musicoterapia entender por qué se dan los cambios es verdaderamente importante, por lo que se encuentran un gran número de estudios que incluyen una metodología cualitativa o mixta. Baker et al. (2018), presentaron un diseño de ensayo clínico como estudio exploratorio para conocer la viabilidad de la aplicación de un programa de songwriting en grupo con cuidadores familiares de personas con demencia. Para cubrir los objetivos de este estudio piloto, emplearon una metodología mixta. El aspecto cuantitativo fue evaluado comparando las medidas pre y post del grupo de intervención y el grupo control. El ensayo además incluyó entrevistas de *focus groups* para identificar los beneficios y limitaciones percibidas de la intervención. Este estudio informó cambios en la variable de depresión, considerándola una variable válida sensible al cambio y con potencial para ser considerada en ensayos controlados más amplios. Asimismo, los resultados cualitativos sugirieron que el songwriting en grupo facilitaba la conexión con otros cuidadores, ayudando a crear una identidad de grupo y desarrollando el crecimiento personal.

Las metodologías cualitativas suelen tener como objetivo conocer las experiencias de los cuidadores al participar en las intervenciones, ya que esta información puede aumentar el conocimiento de por qué se producen los efectos a nivel experimental. Analizar las percepciones de los cuidadores permite entender y conocer qué es lo verdaderamente importante para los participantes. Un estudio reciente que utilizó el análisis temático para evaluar las experiencias de los cuidadores informales al participar en un grupo de composición de canciones, descubrió que los cuidadores informaron de que la intervención había generado una sensación de conexión, y la definieron como una experiencia motivadora y significativa

que promovía la conexión emocional y mejoraba el bienestar (García-Valverde et al., 2022). Klein y Silverman (2012) en otro estudio cualitativo destacaron, a través de un análisis de dos preguntas abiertas mediante el programa *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC), que las sesiones de songwriting en grupo habían supuesto una distracción del estrés producido por la situación de cuidado, así como una cohesión grupal y un sentimiento de diversión y disfrute.

Otra manera de profundizar en la comprensión de los cambios surgidos en una intervención en musicoterapia es analizando los cambios en ciertas variables durante las sesiones, no únicamente antes y después de todo el proceso. En el caso de la aplicación del songwriting, esta técnica permite crear un objeto final, la propia canción, proporcionando letras que permanecen para su posterior análisis (Baker, 2013b). De esta manera, el songwriting permite conocer los mecanismos de cambio surgidos durante el proceso de terapia, ya que la propia escritura puede revelar información sobre el estado psicológico del individuo. Según Pennebaker et al. (2003), las palabras pueden transmitir información psicológica por encima de su significado literal e independientemente de su contexto semántico.

Los análisis líricos reflejan cómo el songwriting puede permitir a los pacientes expresar lo que consideran importante, extendiéndose a la comprensión de sus experiencias terapéuticas (O’Callaghan y Grocke, 2009). El análisis de las letras de los songwritings es objeto de muchos trabajos de investigación, aunque a día de hoy no se ha aplicado esta metodología con la población de cuidadores informales. Este mismo problema surge con la variable de trascendencia de los songwritings, que a pesar de haber sido evaluada en diversos estudios como predictor de los resultados terapéuticos y como factor representativo de los mecanismos de cambio, solo se encuentran estudios con otras poblaciones como estudiantes, personas jubiladas o adultos que presentan una enfermedad mental grave (Baker et al., 2015; Baker y MacDonald, 2014; M. J. Silverman et al., 2016).

1.5. Justificación del estudio

La información descrita a lo largo de la introducción presentada, refleja una visión global del estado del arte sobre los cuidadores informales de personas mayores y sus necesidades. El envejecimiento de la población descrito, al que hacen frente todos los países del mundo, pone de manifiesto una necesidad creciente debido al gran número de personas mayores que presentan algún nivel de dependencia. Esta situación conlleva una cantidad de recursos elevada, ofreciendo servicios de larga duración y tratando de pujar por un mantenimiento en el hogar de la persona mayor. En esto último, las familias toman un papel importante, apareciendo el rol de cuidador informal principal. El problema de esta situación es que, de manera frecuente, las personas que reciben los cuidados padecen enfermedades crónicas, suponiendo años de cuidados y atención por parte del cuidador informal. Esta situación de cuidado constante, con el consiguiente estrés mantenido, implica cambios en el bienestar del cuidador, afectando a su salud física y psicológica.

Como se ha resaltado a lo largo de la introducción, es muy relevante ofrecer servicios específicos para los cuidadores, con el objetivo de trabajar las necesidades surgidas como consecuencia de su rol de cuidador. Los tratamientos no farmacológicos que abordan aspectos psicosociales son la elección por excelencia con esta población. Entre estas intervenciones se encuentra la musicoterapia, una disciplina que ha mostrado efectos positivos con otras poblaciones en numerosas investigaciones. El campo de la musicoterapia es reciente, y con respecto a su utilización con los cuidadores informales aún más, encontrándose un interés creciente en la literatura científica en la última década. No obstante, los estudios encontrados hasta la fecha en este campo presentan ciertas lagunas.

Las investigaciones sobre la aplicación de musicoterapia en cuidadores tienden a centrarse en intervenciones aplicadas a la díada cuidador-persona cuidada, encontrándose muy pocos estudios dirigidos exclusivamente a los cuidadores. Las intervenciones en díada y las

dirigidas exclusivamente a cuidadores presentan objetivos terapéuticos muy diferentes. Aunque trabajar la relación entre estas dos personas es muy importante, supone una carencia significativa el hecho de que se encuentren tan pocos estudios centrados en los cuidadores informales. La persona que toma el rol de cuidador presenta sus propias necesidades individuales, por lo que es imprescindible aplicar y estudiar intervenciones de musicoterapia específicas para ellas, abordando objetivos como el autocuidado y la disminución de la sobrecarga del cuidador mediante la expresión emocional.

Asimismo, otro problema encontrado en la literatura es que los pocos estudios que existen se aplican a cuidadores de personas con una enfermedad específica, como la demencia. Estos estudios son muy relevantes para abordar las necesidades concretas de dicha situación, pero deja de lado a otras muchas personas que dedican el cuidado a personas mayores con cualquier enfermedad que les conlleve cierto grado de dependencia. Actualmente, aunque las asociaciones estratifican las muestras, los servicios que se ofrecen a los cuidadores a nivel socio-comunitario y hospitalario, no realizan esta distinción por enfermedad. Normalmente, son servicios de apoyo al cuidador de población general, en los que se hace terapia individual y grupal, siendo estos grupos completamente heterogéneos. Por ello, se considera relevante realizar estudios con muestras más representativas, cuidadores de personas con diversas situaciones, siendo también interesante a nivel clínico para enriquecer la experiencia de los grupos.

Las investigaciones desarrolladas actualmente en musicoterapia con cuidadores presentan resultados poco concluyentes, debido a muestras pequeñas o protocolos de intervención sin definir. Para ello, es importante incluir información detallada del diseño del programa de intervención aplicado, facilitando su replicación tanto a nivel clínico como científico para, de esta manera, continuar evaluando su efectividad en futuras investigaciones con muestras más grandes o diferentes poblaciones de cuidadores. Otro problema de las

conclusiones definidas entre la escasez de estudios, es que se encuentran estudios sobre intervenciones diferentes (en cuanto a número de sesiones o técnicas empleadas) evaluados a través de diseños metodológicos muy diversos. Emplear diferentes metodologías puede resultar interesante cuando se está analizando una misma intervención, proporcionando así una perspectiva amplia, incluyendo tanto ensayos clínicos como metodologías cualitativas que expliquen los cambios encontrados.

En vista de la información aportada y de los resultados prometedores de otras investigaciones en las que evalúan el efecto de la musicoterapia con otras poblaciones, resulta interesante profundizar en aspectos poco o nada estudiados actualmente en relación a la musicoterapia y los cuidadores informales. El objetivo del presente proyecto se centra en el análisis de los efectos de una intervención de musicoterapia basada en el songwriting aplicada a cuidadores informales de personas adultas mayores. Para analizar dichos efectos, se ha considerado pertinente emplear diferentes diseños de investigación, dando lugar a tres estudios. Comenzando con un estudio de ensayo clínico controlado donde se aportan las variables más destacadas con respecto al efecto de la intervención, continuando con un estudio de metodología mixta donde se incluyen las perspectivas de los cuidadores que participaron en la intervención para, finalmente, presentar un estudio más detallado sobre la técnica del songwriting que permite mostrar los cambios terapéuticos surgidos a lo largo de las sesiones.

A continuación, se presentan de manera individual los objetivos e hipótesis de los tres estudios que conforman la presente tesis doctoral. Asimismo, se exponen las características metodológicas de cada uno de ellos y, posteriormente, los resultados obtenidos focalizados a dar respuesta a los objetivos previamente expuestos. Seguidamente, se desarrolla la discusión a la que lleva la conjunción de los resultados encontrados en los tres estudios.

II. Objetivos del estudio e hipótesis

2. Objetivos del estudio e hipótesis

La presente tesis doctoral incluye tres estudios que tienen como objetivo general evaluar el impacto de un programa de intervención de musicoterapia grupal en cuidadores informales de personas mayores. Para analizar dicho objetivo, y con el fin de proporcionar una visión integral y multidimensional de la efectividad de la intervención, los estudios incluyen el análisis de: (1) los efectos directos de la intervención mediante la comparación de un grupo control con los cuidadores que reciben la intervención; (2) las experiencias de los cuidadores participantes en la intervención, y (3) el programa de intervención diseñado basado en tres métodos de composición de canciones.

2.1. Estudio I

“Effects of songwriting group music therapy program among informal caregivers of older adults with dependency”

Introducción

Las cohortes de población envejecida cada vez son mayores, siendo un grupo con grandes necesidades de cuidado. Ante esta necesidad, el perfil de cuidador informal toma gran relevancia, suponiendo este rol un gran impacto en sus vidas y su bienestar. Las consecuencias del cuidado en la persona pueden resultar de gran gravedad, siendo muy importante ofrecerles apoyos y servicios dirigidos exclusivamente a las personas cuidadoras. Las intervenciones psicosociales son un pilar de referencia entre los recursos que se ofrecen a los cuidadores informales. Entre estas terapias no farmacológicas se encuentra la musicoterapia, que ha mostrado gran eficacia en cuidadores, aplicada normalmente en grupo. Sin embargo, a lo largo de la literatura se puede observar cómo los ensayos clínicos que evalúan los efectos de las intervenciones de musicoterapia con cuidadores son escasos, centrándose sobre todo en cuidadores de personas que padecen demencia y en intervenciones dirigidas a la diada cuidador-persona cuidada.

Objetivo

- Evaluar los efectos de un programa estructurado de musicoterapia grupal basado en el songwriting en una muestra de cuidadores informales de personas mayores con dependencia.

Hipótesis

- Los cuidadores informales que completaran el programa de musicoterapia basado en la técnica del songwriting reducirían sus niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga, y mejorarían su CVRS en comparación con los cuidadores del grupo control.

2.2. Estudio II

“Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study”

Introducción

En vista del número creciente de personas mayores y del aumento de la esperanza de vida, cada vez son más las personas que presentan algún grado de dependencia. Para hacer frente a esta situación y mantener el cuidado de larga duración en el hogar, son muchos los familiares que toman el rol de cuidador. No obstante, estos cuidados mantenidos en el tiempo pueden conllevar una sobrecarga y sintomatología psicológica para los cuidadores familiares. Por esta razón, es muy importante intervenir con estas personas y paliar la sintomatología asociada a dicho rol. La musicoterapia ha mostrado su efectividad en reducir dicha sintomatología, pero se ha tendido a analizar los efectos de estas intervenciones desde metodologías cuantitativas. Incluir metodologías cualitativas en los estudios aporta información que enriquece los datos obtenidos mediante procedimientos estadísticos, de naturaleza reduccionista. Esta perspectiva puede ayudar a comprender con detalle los efectos de la intervención, conocer qué es lo que ha ayudado realmente a los cuidadores, siendo de vital importancia incluir la experiencia y perspectivas de éstos en los estudios.

Objetivo general

Analizar, mediante un enfoque de metodología mixta (cuantitativa-cualitativa), la experiencia de los cuidadores informales de personas mayores al participar en el programa de musicoterapia grupal basado en la técnica del songwriting.

Objetivos específicos

- Examinar la percepción de las experiencias de los cuidadores informales al participar en el programa de musicoterapia.
- Analizar los cambios en la ansiedad, depresión, sobrecarga, salud percibida, espiritualidad y estrategias de afrontamiento de los cuidadores antes, inmediatamente después y tras tres meses de la intervención de musicoterapia.
- Comprender el impacto de la intervención en la CVRS de los cuidadores y su situación como cuidadores.

2.3. Estudio III

“Analysis of Songwriting Group Music Therapy Programme for Informal Caregivers of Older Adults”

Introducción

El songwriting es la técnica musicoterapéutica aplicada por excelencia a los cuidadores informales, mostrando efectos positivos para la mejora de su calidad de vida. Resulta de gran relevancia para la comunidad científica y clínica aportar la mayor cantidad de información posible sobre el programa de intervención diseñado. De esta manera, los futuros terapeutas e investigadores podrían replicarlo para mostrar los efectos de la intervención a una mayor escala. No obstante, se encuentra una escasez de estudios que presenten intervenciones de musicoterapia para cuidadores informales de forma detallada. Asimismo, pocas investigaciones focalizan su atención en el aspecto más clínico, sin aportar datos de lo que ocurre dentro de las sesiones. Esta información puede resultar de gran relevancia, ayudando a

entender los mecanismos de cambio implicados en el proceso terapéutico y las variables que puedan influir en este proceso.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es describir y analizar el programa de musicoterapia grupal, basado en la técnica del songwriting, aplicado a cuidadores informales de personas mayores con dependencia.

Objetivos específicos:

- Describir el programa de intervención creado basado en tres métodos diferentes de songwriting: parodia de canciones en grupo (SW 1), parodia de canciones individuales (SW 2) y composición de canciones originales en grupo (SW 3).
- Analizar y comprender los mecanismos de cambio detrás de cada método de songwriting y cómo contribuyen al proceso terapéutico. Para estudiar esta contribución, los objetivos secundarios son:
 - a. Describir y comparar la trascendencia en función del método de songwriting utilizado a lo largo del proceso de intervención.
 - b. Describir y comparar el contenido de las letras de las canciones (analizado mediante el LIWC) en función del método de songwriting utilizado a lo largo de la terapia.
 - c. Explorar la relación entre la trascendencia y contenido en función del método de songwriting utilizado.

Hipótesis:

- A lo largo del proceso terapéutico, que se materializa en la secuencia de los songwritings, aumentará el nivel de trascendencia. De esta manera, el SW 2 será más trascendente que el SW 1 y el SW 3 más que el SW 2.
- A lo largo del proceso terapéutico, que se materializa en la secuencia de los songwritings, aumentará el porcentaje en contenido social y disminuirá el contenido emocional (de un tono más negativo a uno más positivo).
- El SW 1 y SW 3 (grupales) presentarán mayor contenido social, y el SW 2 presentará mayor contenido emocional.
- La mayor trascendencia de los songwritings está relacionada con el aumento del contenido social y la disminución del contenido emocional que se espera a lo largo del proceso terapéutico.

III. Métodos

3. Método

3.1. Muestra

Los trabajos incluidos en esta tesis cuentan con una muestra conformada bajo el mismo perfil, siendo cuidadores informales de personas mayores dependientes. Estos fueron reclutados bajo el mismo procedimiento, así como teniendo en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión en todos los estudios.

3.1.1. Estudio I

La muestra total de la investigación consiste en 113 cuidadores de personas mayores de edades comprendidas entre 41 y 87 años. Los cuidadores fueron reclutados de 11 servicios municipales diferentes que ofrecen apoyo a las necesidades de los cuidadores en Bizkaia. Estos servicios pertenecen en su mayoría a los programas Zainduz y Zaintzea, colaborando los siguientes municipios: Bilbao, Durango, Galdakao, Uribe-Kosta, Muskiz, Basauri, Getxo y Abadiño. También participaron cuidadores que acuden a centros en los que tienen integrado el servicio “etxeTic”, que tiene como objetivo el apoyo a los cuidados para la permanencia en el hogar, y que busca reducir la sobrecarga del cuidador informal.

Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia. De los 132 cuidadores interesados en participar, 18 fueron excluidos, la mayor parte por no cumplir los criterios de inclusión. Los participantes fueron reclutados y asignados a uno de los dos grupos de la investigación por conveniencia. De esta manera, el grupo de intervención se conformó por 60 cuidadores y el grupo control por 53.

Los criterios de inclusión y exclusión para los tres estudios fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- a. Ser el cuidador principal informal de una persona mayor dependiente.
- b. La persona dependiente debe tener más de 60 años.
- c. El cuidador debe tener más de 18 años.

- d. El cuidador tiene que asistir a un centro sociosanitario que presta apoyo a los cuidadores informales.
- e. Firma del documento de consentimiento informado previo a su participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- a. No residir en España
- b. Ser menor de 18 años
- c. Presencia de déficits sensoriales y/o cognitivos no compensados que comprometan la respuesta a la evaluación.
- d. Analfabetismo
- e. Presencia de cualquier diagnóstico de alguna enfermedad mental grave o severa.

3.1.2. Estudios II y III

Para llevar a cabo los consiguientes estudios (II y III), se utilizó únicamente la muestra del grupo de intervención, compuesto por un total de 60 cuidadores. Esta muestra se conforma por aquellos cuidadores que recibieron las 10 sesiones de musicoterapia. Los criterios de inclusión y exclusión se aplican de la misma forma que en el *Estudio I*.

3.2. Protocolo de evaluación

Todos los participantes, tanto del grupo de intervención como del grupo control, facilitaron sus datos sociodemográficos e información referida a la situación de los cuidados a través de un cuestionario ad hoc de 35 ítems. Posteriormente, toda la muestra cumplimentó el protocolo de evaluación con pruebas psicológicas bajo el mismo procedimiento. La única excepción entre ambos grupos reside en aquellas variables que solo podían responder las personas que participaron en la intervención. De esta manera, las respuestas a la MSS y las cuestiones relacionadas con la satisfacción sobre la intervención, solo las cumplimentaron las

personas del grupo de intervención. A continuación, se presentan de manera más detallada los cuestionarios empleados en cada estudio.

3.2.1. Estudio I

a) Variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado

Los datos sociodemográficos incluidos en este estudio son: la edad, el sexo, el estado civil, los años de educación y la ocupación. Además, se recogieron datos relacionados con el contexto del cuidado como el nivel de parentesco o las horas de cuidado dedicadas de media a la semana.

b) Dependencia

Para evaluar el nivel de dependencia del familiar que recibía los cuidados se empleó el IB (Mahoney y Barthel, 1965) en su versión española (Baztán et al., 1993). Esta prueba incluye 10 ítems que hacen referencia al nivel de independencia para realizar diferentes ABVD. Estas actividades son las siguientes: (a) comer, (b) trasladarse entre la silla y la cama, (c) aseo personal, (d) uso del retrete, (e) bañarse/ ducharse, (f) desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), (g) subir/bajar escaleras, (h) vestirse/desvestirse, (i) control de heces, y (j) control de orina.

Cada actividad se valora en función de diferentes puntuaciones y ponderaciones, que parten desde la dependencia total (incapaz de realizar la tarea) hasta la independencia total (capaz de realizar la tarea sin ayuda). Las puntuaciones más altas indican una mayor independencia, proporcionando una medida cuantitativa de la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La versión española del cuestionario presentó un alfa de Cronbach de .86-.92 (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

c) Ansiedad

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970), adaptado al español por Buela-Casal et al. (2011), se empleó para evaluar los niveles de ansiedad, siendo

un instrumento psicológico que evalúa los niveles de ansiedad estado y rasgo de las personas. De esta manera, la herramienta consta de dos escalas con 20 ítems cada una. La primera subescala evalúa la ansiedad como estado (A/E), que mide los sentimientos actuales de ansiedad. La segunda, se centra en la ansiedad como rasgo (A/R) e indica la tendencia de los individuos hacia la ansiedad en distintas situaciones. La versión española del STAI reportó buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad alfa de Cronbach de .90 para el A/R y de .94 para el A/E (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

d) Depresión

La variable de depresión se evaluó a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), versión en español de Sanz et al. (2011), un autoinforme de 21 ítems diseñado para detectar y evaluar la severidad de los síntomas de depresión en adultos. Los ítems son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para ayudar en el diagnóstico de los trastornos depresivos. Las propiedades psicométricas de la versión española presentaron un alfa de Cronbach de .89 (Sanz et al., 2003).

e) Sobrecarga subjetiva

El inventario de sobrecarga de Zarit (ZBI; Zarit et al., 1980), adaptado al español por Martín-Carrasco et al. (1996), evalúa los niveles de sobrecarga subjetiva que experimentan los cuidadores informales que atienden a pacientes con diversas enfermedades. Se trata de un instrumento de 22 ítems, que considera diferentes aspectos de la carga del cuidador. Esta medición determina la carga que experimenta el cuidador mediante una puntuación global, presentando una concepción unidimensional de la sobrecarga, donde las puntuaciones más altas indican mayor carga. La versión española mostró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de .90 (Ramírez et al., 2008).

f) CVRS

Para evaluar esta variable se utilizó el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), en su versión adaptada al español (Alonso et al., 1995), que mide la percepción del individuo sobre su salud y bienestar general en diversos ámbitos de la salud física y mental. Se emplea tanto en la práctica clínica como en entornos de investigación. Esta prueba consta de 36 preguntas, evaluando el estado de salud de la persona a través de ocho dimensiones (Vilagut et al., 2005):

- Función física: grado en el que la salud limita o no a la persona para llevar a cabo todas las actividades físicas diarias, como ducharse o levantar objetos.
- Limitaciones de rol debidas a problemas físicos (rol físico): problemas o limitaciones para desempeñar tareas laborales o diarias debido a la salud física de la persona.
- Dolor corporal: refleja si la persona presenta dolor, la intensidad del mismo y si éste limita a la persona en su vida.
- Salud general: percepción del individuo de su propia salud, pudiendo valorarla como buena o mala.
- Vitalidad: frecuencia en la que la persona se siente cansada y exhausta o, por el contrario, se siente dinámica y llena de energía todo el tiempo.
- Función social: la interferencia debido a los problemas físicos o emocionales con las actividades sociales habituales, como las visitas sociales o familiares, y a la frecuencia con la que esto ocurre.
- Limitaciones de rol debidas a problemas emocionales (rol emocional): limitaciones a la hora de desempeñar determinadas tareas diarias o laborales debido a problemas emocionales de la persona.
- Salud mental: relacionada con la frecuencia de sentimientos de angustia, tristeza o depresión o, por el contrario, de tranquilidad, calma y felicidad que experimenta la persona.

Estas escalas se combinan en dos medidas de resumen: la componente sumario física (PCS) y la componente sumario mental (MCS). A medida que las puntuaciones son más altas, indican una mejor CVRS. En relación con las propiedades psicométricas de la versión española del SF-36, un estudio informó de una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach entre .70 y .90 en todas las dimensiones del SF-36 (Ayuso-Mateos et al., 1999).

3.2.2. Estudio II

Para el segundo estudio, en el que se empleó una metodología mixta, los datos se obtuvieron de las siguientes fuentes de evaluación.

Variables cualitativas

Con respecto a los datos cualitativos, se examinó la satisfacción de los cuidadores sobre su experiencia al participar en las sesiones de musicoterapia a través de una pregunta abierta basada en el trabajo de O'Callaghan y McDermott (2004): “Algunas personas dicen que la musicoterapia no les ayuda, mientras que otras personas dicen que la musicoterapia les ayuda mucho. ¿Podría describir lo que la musicoterapia hizo por usted durante su proceso?”.

Variables cuantitativas

En relación a las variables cuantitativas, se tuvieron en cuenta los mismos instrumentos del *Estudio I* (variables sociodemográficas y variables relacionadas con el cuidado, ansiedad, depresión, sobrecarga subjetiva y CVRS), excepto el IB que evaluaba el nivel de dependencia de la persona cuidada. Además, en este *Estudio II*, sumado a las variables mencionadas, se añadieron dos cuestionarios más para evaluar las variables de espiritualidad y estrategias de afrontamiento.

a) Espiritualidad

Con el objetivo de evaluar la variable de espiritualidad se aplicó el instrumento sobre espiritualidad, religiosidad y creencias personales de la OMS denominado WHOQOL-SRPB (WHO, 2002), adaptado al español por el mismo grupo de autores (WHOQOL SRPB Group,

2006). Esta herramienta de evaluación consta de 32 ítems que valoran ocho facetas de la espiritualidad, religiosidad y creencias personales. Las ocho dimensiones de este cuestionario son: (a) conexión con un ser o fuerza espiritual, (b) sentido de la vida, (c) asombro y maravillarse, (d) plenitud e integración, (e) fuerza espiritual, (f) paz interior, (g) esperanza y optimismo, y (h) fe. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de cinco puntos, cuyo rango abarca de 1 (“en absoluto”) a 5 (“completamente”), donde las puntuaciones más altas indican un mayor uso de esa dimensión de la espiritualidad. El diseño del cuestionario permite que sea administrado a individuos con diferentes rangos de creencias espirituales, religiosas y/o personales. La versión española del cuestionario ha presentado una buena consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .90 (Lucas-Carrasco, 2012).

b) Estrategias de afrontamiento

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó la versión en español de Morán et al. (2010) del Brief-COPE (Carver, 1997), un cuestionario autoinformado de 28 ítems desarrollado para evaluar diferentes formas de respuesta al estrés. Dichos ítems miden 14 factores de dos ítems cada uno, que corresponden a una escala Likert que va de 0 (“no lo he hecho en absoluto”) a 3 (“lo he hecho mucho”). Las 14 subescalas son: (a) afrontamiento activo, (b) planificación, (c) apoyo instrumental, (d) uso de apoyo emocional, (e) auto distracción, (f) desahogo, (g) desconexión conductual, (h) reinterpretación positiva, (i) negación, (j) aceptación, (k) religión, (l) uso de sustancias, (m) humor, y (n) autoinculpación. Con respecto a la fiabilidad de la versión española del cuestionario, a pesar de que no se recomienda el uso del coeficiente alfa para escalas que se componen de dos ítems, García et al. (2018) presentan valores como información de referencia de alfa de Cronbach entre .53 y .82.

3.2.3. Estudio III

Para el último estudio también se utilizó el instrumento ad hoc de recogida de datos sociodemográficos y variables relacionadas con el cuidado (anteriormente descrito y empleado

en los Estudios I y II), teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel educacional, ocupación, relación de parentesco y horas de cuidado. El IB que fue descrito en el *Estudio I*, también fue incluido. Además, en este estudio se evaluaron, a través de tres preguntas, la relación previa que los cuidadores tenían con la música (si les gustaba la música o no, cuán importante era la música para ellos y la frecuencia con la que escuchaban música). Asimismo, se incluyeron dos instrumentos, uno para analizar las letras de las canciones y otro para evaluar la trascendencia o importancia que las composiciones tenían para los cuidadores.

a) Análisis de contenido

El software LIWC, desarrollado por Tausczik y Pennebaker (2010) se utiliza para analizar el lenguaje y obtener *insights* sobre los estados emocionales, cognitivos y sociales de los individuos a través de su uso del lenguaje. Este instrumento es ampliamente utilizado en la investigación psicológica, sociológica y en estudios de comunicación. El software LIWC procesa textos y los compara con un diccionario predefinido que clasifica palabras en varias categorías.

Para este estudio, se utilizó el LIWC-22, una versión actualizada del software LIWC, que incluye mejoras y ampliaciones en sus capacidades de análisis textual. Esta versión incorpora actualizaciones que mejoran la precisión y la profundidad del análisis, incluyendo nuevas categorías y subcategorías para un análisis más detallado y específico. Entre estas categorías se encuentran las “Variables Resumen” (pensamiento analítico, influencia, auténtico, tono emocional, palabras por oración, palabras largas, palabras del diccionario), las “Dimensiones Lingüísticas” (número total de palabras por categoría gramatical entre las que se encuentran pronombres, determinantes, preposiciones, verbos auxiliares, adverbios, conjunciones y negaciones), los “Procesos Psicológicos” (impulso, cognición, afecto y procesos sociales) y la “Ampliación del Diccionario” (con categorías como cultura, estilo de vida, estados, motivaciones y percepción).

Para esta investigación, únicamente se emplearon las categorías de Variables Resumen y Procesos Psicológicos. A continuación, en la Tabla 5 se ofrece una descripción más detallada de la categoría de Procesos Psicológicos, aportando información sobre las subcategorías por las que se conforma. La información se encuentra en inglés ya que el diccionario para el LIWC-22 no existe en español.

Tabla 5

Variables que conforman la categoría de Procesos Psicológicos del LIWC-22

Categoría	Palabras más empleadas	α de Cronbach
Drives	we, our, work, us	.58
Affiliation	we, our, us help	.43
Achievement	work, better, best, working	.53
Power	own, order, allow, power	.67
Cognition	is, was, but, are	.68
All-or-none	all, no, never, always	.37
Cognitive processes	but, not, if, or, know	.67
Memory	remember, forget, remind, forgot	.23
Affect	good, well, new, love	.64
Positive tone	good, well, new, love	.61
Negative tone	bad, wrong, too much, hate	.62
Emotion	good, love, happy, hope	.61
Swear words	shit, fuckin*, fuck, damn	.79
Social processes	you, we, he, she	.43
Social behaviour	said, love, say, care	.49
Social referents	you, we, he, she	.35

Nota. Información adaptada de Boyd et al. (2022).

b) Trascendencia del songwriting

A lo largo de las 10 sesiones del programa de intervención, cuando se terminaba el proceso completo de composición de cada canción se facilitaba a las personas cuidadoras un cuestionario que recogía información sobre cuán trascendente había resultado su canción para ellas. De esta manera, se administraba tres veces de manera individual en cada grupo, al finalizar cada uno de los tres songwritings. Para ello, se empleó la MSS (Baker et al., 2016), traducida al español como “Escala de Trascendencia del Songwriting”, compuesta por 21 ítems formulados en una dirección positiva y puntuándose a través de una escala Likert de cinco puntos que abarca desde 1 (“totalmente en desacuerdo”) hasta 5 (“totalmente de acuerdo”). Las puntuaciones totales oscilan entre 21 y 105, siendo las más altas indicativas de una mayor trascendencia derivada del proceso y del producto de la canción. Actualmente, esta escala no cuenta con una validación española, por lo que para su utilización en este estudio se procedió a realizar la traducción de los ítems a través de un grupo de expertos bilingües conformado por cuatro personas. Para ello, los expertos realizaron traducciones independientes y después se llevaron a cabo comparaciones de éstas hasta lograr el consenso de todas las personas. La escala original cuenta con una alta fiabilidad, reportándose un alfa de Cronbach de .98.

3.3. Protocolo de intervención

3.3.1. Diseño del programa de intervención

La intervención se realizó en formato grupal, con una frecuencia semanal y una duración de una hora aproximadamente cada sesión. Se llevaron a cabo un total de 10 sesiones con cada grupo, estando éstos formados por un mínimo de cuatro personas y un máximo de siete. El proceso musicoterapéutico de 10 sesiones se dividió en tres fases cuando se diseñó el programa de intervención. De esta manera, se encuentra: la Fase 1- Conociéndonos (sesión 1-3); Fase 2- Compartiendo y Creando (sesión 4-7); Fase 3- Despidiéndonos (sesión 8-10).

El hecho de hacer un proceso más largo, de más sesiones, resultaba complicado por la situación delicada de los familiares, destacando principalmente dos razones. En primer lugar, si el proceso duraba más de dos meses y medio o tres, se corría mayor riesgo de que el familiar falleciera y las personas que participaban dejaran de ser cuidadoras, cambiando los objetivos terapéuticos hacia un proceso de duelo y pudiendo surgir desequilibrios en el grupo. Otra razón para la selección de 10 sesiones se debe a que la disponibilidad de tiempo de estas personas suele ser muy limitada y sugerir más tiempo conllevaba más compromiso por su parte y podían rechazar comenzar el proceso o incluso abandonarlo.

3.3.1.1. Técnicas de intervención

Desde la musicoterapia es necesario utilizar experiencias musicales para estimular los cambios necesarios en la persona que le lleven a mejorar su calidad de vida. Para ello, se ha empleado la música desde los dos tipos de técnicas de musicoterapia: activas y receptivas. Las técnicas activas son aquellas en las que la persona participa de manera activa en la producción de sonidos y música, trabajando a través de los esfuerzos del paciente para improvisar y crear, tanto grupal como individualmente. También se emplearon las técnicas receptivas, las cuales persiguen que la terapia sea el resultado de la escucha del paciente de los estímulos musicales. Este tipo de experiencias pueden ser, por ejemplo, un concierto en directo o música grabada. En este caso la música actúa directamente en la persona provocando estímulos en su proceso terapéutico (Bruscia, 1989a).

Aunque se emplearon ambos tipos de técnicas, el objetivo era tratar a las personas cuidadoras como un agente activo de su propio proceso de musicoterapia, utilizando en mayor medida técnicas activas. La técnica principal en la que se basa el programa de musicoterapia y la cual tuvo mucho peso durante el proceso terapéutico es la creación o composición de canciones, también conocido como “songwriting”. Todo el proceso se dirigió hacia preparar el grupo para la realización de los songwriting de manera cada vez más autónoma y compleja, ya

que puede resultar una actividad complicada según la complejidad de creación a la que se quiera llegar. El songwriting permite al musicoterapeuta adaptarse al grupo (teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas, nivel de participación y capacidad de insight) y sobre todo a la temporalización con la que se cuente, pudiendo partir de algo más sencillo como cambiar una letra de una canción conocida (parodia de canciones) hasta componer una canción desde cero (composiciones originales), incluyendo la creación de letra y música.

Por otro lado, la herramienta activa más empleada en musicoterapia es la improvisación clínica, estando muy presente a lo largo de todo el proceso, tanto de manera instrumental como vocal. La improvisación es una herramienta de: (a) exploración, (b) búsqueda de necesidades del paciente, (c) apertura de canales de comunicación, y (d) toma de contacto de uno mismo (Wigram, 2004).

Con respecto a las técnicas receptivas, éstas pueden considerarse como técnicas secundarias que sirvieron de apoyo y de impulso para preparar al grupo y poder aplicar las técnicas activas. Se emplearon envolturas sonoras, activaciones corporales, escucha, interpretación y debate sobre letras de canciones de la historia sonora, reminiscencias de una canción, técnicas de relajación, visualización y audición musical.

3.3.1.2. Espacio terapéutico y setting

Para poder aplicar estas técnicas de intervención que se plantean resultó necesario un *setting* adaptado, ya que éste varió en función de la fase del tratamiento en la que se encontraran. Los instrumentos principales de la musicoterapeuta son guitarra y voz, los cuales fueron los más empleados por su parte durante las sesiones. Se facilitaron a las personas cuidadoras en la mayoría de las sesiones instrumentos de pequeña percusión como xilófono, pandero, pandereta, maracas, *shakers*, etc. Además, se utilizó música grabada, altavoces y cualquier material plástico necesario, tanto para las diferentes actividades como para la composición de las canciones.

Con respecto a la disposición del setting, era muy importante la sala donde se llevaron a cabo las sesiones. A pesar de que las intervenciones se realizaron en centros diferentes, todos ellos debían poseer una sala con características similares. Ésta debía ser amplia, con poca reverberación, con buena ventilación e iluminación. Además, lo ideal era que estuviera prácticamente vacía, para incluir los instrumentos y sillas para sentarse. En la sala se diferenciaron diferentes espacios como espacio del terapeuta, espacio de cada paciente, espacio musical y espacio de discusión verbal.

3.3.1.3. Estructura de las sesiones

Cada sesión del programa de musicoterapia, se basaba en la misma estructura que constaba de tres partes: caldeamiento, desarrollo y cierre. Al inicio de la sesión, se incluía una actividad para conocer cómo llegaban los cuidadores a la sesión. Estas dinámicas en su mayoría consistían en una improvisación o activación corporal, en función de las necesidades y objetivos del grupo. De esta forma, se buscaba integrar su yo musical, emocional, físico y social, para centrar a todos y todas en la sesión y en el aquí y ahora. Una vez hecho el caldeamiento, la sesión continuaba con el desarrollo que constaba de un trabajo central, donde se proponía una actividad principal basada en las técnicas previamente mencionadas. Como cierre de la sesión, se trabajaba a través de una canción, improvisación o técnica receptiva, en la que se recogía lo sucedido durante la sesión.

Sin embargo, aunque se marcara esta estructura general, las sesiones se consideraban semiestructuradas porque a pesar de que el musicoterapeuta preparara o propusiera una actividad, siempre se partía del estado del grupo, de sus emociones y de cualquier respuesta que pudiera haber por parte de los integrantes. La musicoterapeuta se basaba en el programa de intervención diseñado, teniendo presente en todo momento las dinámicas a proponer, pero el grupo también participaba en decidir la estructura de cada sesión en base a sus necesidades.

Asimismo, la musicoterapeuta estructuraba más las sesiones en un inicio del proceso (especialmente en la primera fase de la intervención), pero a medida que se fue creando un espacio seguro, de confianza y se fue desarrollando el yo musical de las personas cuidadoras en un sentido individual y grupal, se fue disipando esta estructura a lo largo de las 10 sesiones. Cabe resaltar, que fue necesario recuperar dicha estructura (aunque contando con mayor autonomía por parte de las personas cuidadoras) hacia el final de la intervención para el cierre del proceso.

3.3.1.4. Tipo de aproximación

En línea con esta búsqueda hacia una menor estructura de las sesiones a medida que avanzaba el proceso, se encuentra el tipo de aproximación por parte del terapeuta, tanto a nivel verbal como no verbal, resultando semidirectiva. A medida que el proceso avanzaba, se buscaba que las sesiones fueran cada vez más musicales y menos verbales. También se empezaba con una aproximación más directiva para llegar a una no tan directiva para que fueran los propios integrantes del grupo los que se encargaran de su propio proceso y el terapeuta pasara a un segundo plano. El musicoterapeuta guiaba hacia una actividad principal que se realizaba en cada sesión como puede ser compartir una canción de la historia sonora o un songwriting, pero lo que ocurría en ésta, o cómo se llevaba a cabo, dependía de la dinámica grupal. Por ejemplo, cada uno elegía compartir su songwriting individual de la manera que se sentía más cómodo o identificado, y la canción la hacían parte del grupo a través del medio que ellos elegían como puede ser cantando, escuchando, bailando, pintando, tocando o un sinfín de opciones a libre elección.

3.3.1.5. Modelo teórico

La intervención diseñada se ha basado en dos modelos principalmente: musicoterapia basada en el Psiquismo Creador; y en la AOM, conocida como el Modelo Priestley. Ambos

modelos se han definido previamente en la sección 1.3.2. A continuación, se explican dichos modelos de manera aplicada al programa de musicoterapia diseñado.

Musicoterapia basada en el Psiquismo Creador

El Psiquismo Creador (Fiorini, 2007) entiende la clínica como un espacio de creación, de posibilidades múltiples, un espacio de posibles. Los procesos surgidos en estos espacios de posibles permiten conocer también los cambios del paciente, donde la música es un objeto intermediario que vehiculiza la dinámica creativa psíquica. En la clínica crear es invitar a crear algo diferente con lo que ocurre, convocar tensiones y contradicciones y darles formas nuevas. La idea es partir de algo dado ya existente y llegar a algo posible, pasando por un proceso de incertidumbre denominado “el imposible”, siendo un espacio de conflicto, pero siendo imprescindible pasar por él, entendiéndolo como el espacio de transformación. En los posibles se crea una nueva zona de realidad, donde se armonizan las contradicciones del conflicto ofreciendo una nueva mirada sobre la realidad y uno mismo.

El modelo Fiorini-Del Campo representa los procesos de los grupos que participaron en las sesiones, donde se ofreció un espacio seguro de posibles, surgiendo conflictos internos y llevándolo a un crecimiento personal a través de la musicoterapia. Esto se reflejaba no sólo a través de las improvisaciones sino también mediante los diferentes songwritings. Se representaba en el proceso de cada uno donde partieron de “lo conocido” (situación personal o grupal problemática, historia sonora), y se enfrentaban a una tarea de “imposibles” con bloqueos y emociones como miedo, incertidumbre e inseguridad, dando como resultado un “posible” real y tangible como era la propia composición creada, ofreciendo esa seguridad a los cuidadores de haber conseguido superar el imposible.

Musicoterapia Orientada Analíticamente

La AOM es una ampliación de lo conocido anteriormente por Musicoterapia Analítica, sin embargo, esta nueva perspectiva no está únicamente basada en teorías psicoanalíticas o de

psicología analítica, sino que se basa también en teorías de la comunicación y en componentes psicosociales que intervienen en el desarrollo de la personalidad de cada uno. El modelo Priestley (1975) por su parte, presenta un tipo de intervención donde busca un equilibrio entre la presencia de lo verbal y lo musical en las sesiones. En un primer momento se explora verbalmente lo que es significativo para la persona, creando un tema sobre el que inspirarse para la improvisación musical, empleando la música para expresar simbólicamente estados de ánimo interiores y emociones. Posteriormente, es importante que exista una reflexión verbal para ofrecer la posibilidad de hacer conscientes los movimientos internos que han surgido de la improvisación. Las sesiones basadas en este modelo suelen terminar con una improvisación musical que permite asimilar lo sucedido en sesión. La AOM suele llegar a presentarse simultáneamente como música en terapia y música como terapia, exigiendo al musicoterapeuta flexibilidad con sus herramientas.

La AOM es un modelo teórico en el que se ha basado el proyecto ya que, en primer lugar, la población a la que se aplica la intervención era muy verbal. Las personas cuidadoras eran adultas-mayores que llevan 50-60 años comunicándose mediante la palabra y no presentaban dificultades cognitivas para ello. Por tanto, este modelo teórico supone una oportunidad para poder ayudarles a buscar el equilibrio entre la comunicación mediante palabra y la música. Asimismo, las personas cuidadoras suelen presentar una gran sobrecarga emocional y necesidad de expresarse que, inevitablemente, van a reflejar verbalmente ya que es su vehículo de comunicación principal. Sin embargo, el propio proceso terapéutico busca transferir la comunicación principal de verbal a musical, pasando de música en terapia a música como terapia. Este modelo permitió que en las sesiones pudieran verbalizar sus preocupaciones (empezando por lo conocido y dado que es la expresión verbal, haciendo referencia al Psiquismo creador) y, a través de la música, expresar y dar forma a sus emociones mediante una herramienta diferente que permite llegar al inconsciente en mayor medida que la palabra.

Cabe mencionar que, aunque este es un modelo de improvisación clínica, esta teoría ha permitido basar la intervención en esta perspectiva no solo con la técnica de improvisación, sino que también con las diferentes técnicas empleadas como el songwriting, interpretación de canciones de la historia, técnicas receptivas y activación corporal.

Como se puede comprobar, los dos modelos no son independientes entre sí, basándose el diseño de intervención de manera conjunta en ambas teorías. Esta perspectiva permitió una visión ecléctica que facilitó la adaptación a las necesidades de las personas cuidadoras en cada momento a lo largo de las diferentes sesiones.

3.3.2. Descripción de las sesiones

Las tres fases comentadas al inicio de la sección (conociéndonos, compartir y crear, y despidiéndonos) vienen representadas y conformadas por un songwriting presente en cada una de las fases, ya que esta actividad se considera que representa cada momento del proceso. El procedimiento de cada songwriting y su aplicabilidad se describen en mayor medida en el *Estudio III*. A continuación, se presenta de manera detallada cada sesión que conforma el protocolo de intervención:

Sesión 1

La primera sesión tuvo como objetivo principal comenzar a trabajar las relaciones bidireccionales de la terapia: cuidador/a-cuidador/a; musicoterapeuta-cuidador/a; cuidador/a – música. La dinámica de inicio de la sesión se diseñó para que empezaran a familiarizarse con la musicoterapia y con el vehículo principal de comunicación: la música. Para ello, la primera dinámica consistía en presentarse a través de uno de los instrumentos del setting. En primer lugar, debían conocerlos, explorar su sonido, su material y todas sus posibilidades. De esta manera, podían seleccionar el instrumento con el que se sintieran identificados para, después, presentarse a través de ese instrumento, explicando por qué lo habían elegido e inmediatamente después tocándolo con la premisa de tratar de transmitir cómo se sentían en ese momento.

La fase de desarrollo de la sesión se focalizó en crear el primer songwriting. Este primer songwriting fue el más estructurado de todos, para tratar de darles una base y seguridad y que, de este modo, confiaran en la terapia y en su propio proceso. Este songwriting era grupal y consistía en una parodia, es decir, debían escoger una canción popular que todos/as conocieran y cambiarle la letra con un tema escogido por la musicoterapeuta. Con este fin, se les propuso que escribieran en un papel una palabra que respondiera a la siguiente pregunta: “¿Qué esperáis de las sesiones?”. Una vez escrita esa palabra se les pidió que escribieran otra palabra que respondiera a la pregunta: “¿para qué os puede servir esa palabra?”. Por ejemplo, si la primera palabra fue “ayuda”, la segunda respondía a qué fin perseguía dicha ayuda, siendo por ejemplo la segunda palabra “afrontar”. En este momento se introdujo la presencia que iba a tener el mural de corcho blanco de 100 cm x 70 cm, donde se les explicó que irían pegando los diferentes contenidos que fueran surgiendo a lo largo de las sesiones, pegando en este caso estas palabras. En este punto, ya tenían tanto la música como las palabras que iban a conformar la letra de la composición. Comenzaron a discutir sobre la letra de la canción y junto con el apoyo de la musicoterapeuta, realizaron el primer songwriting.

A modo de cierre, los participantes practicaron un par de veces cantando la canción y fueron introduciendo los instrumentos con los que se sentían cómodos. Cuando estaban preparados/as, procedían a cantarla todos/as juntos/as una última vez en la que se grababa en un audio. Al finalizar la sesión, se les pedía que incluyeran la letra final en el mural.

Sesión 2

La siguiente sesión se focalizó en explorar la relación que los/as cuidadores/as tenían con la música, y en ir ayudándoles a descubrir el papel que ésta tenía y podía tener en sus vidas.

Al inicio de la sesión realizaron una improvisación con la premisa de ser conscientes de los diferentes sonidos que les rodean habitualmente. De esta manera, arbitrariamente se le indicaba a cada cuidador/a en qué sonido centrarse, algunos ejemplos son los siguientes: el

último sonido al acostarse, el primer sonido al despertarse o el último antes de entrar en la sesión. Posteriormente, debían emitir dicho sonido y fue conformándose una orquesta de sonidos.

Una vez el grupo ya había pasado la fase de caldeamiento, se procedió a trabajar con su historia sonora, esto es, el papel que la música y los diferentes sonidos ha tenido en las vidas de cada persona cuidadora desde que nacieron hasta la actualidad. Para ello, se les pedía que crearan un listado de sonidos y canciones que han resultado significativos para ellos/as a lo largo de su vida. Una vez todas las personas terminaron su listado, compartieron verbalmente sus historias sonoras y debatieron sobre las diferencias y similitudes encontradas. Para finalizar, la musicoterapeuta les indicó que decidieran entre ellos/as una temática en común encontrada entre las diferentes historias sonoras. Un ejemplo que compartían varios grupos fue la temática sobre el mar. La temática o temáticas finales seleccionadas se escribían en un papel y se incluían en el mural.

El cierre se adaptó a cada grupo en función de las necesidades de los cuidadores de ese momento. Si el mar había sido recurrente en un sentido de relajación la musicoterapeuta procedía a realizar una visualización y relajación de manera receptiva a través de la voz y el pandero oceánico. Por el contrario, si la musicoterapeuta consideraba que era necesario continuar trabajando la relación de grupo y la relación con la música, se les proponía realizar una improvisación grupal asociada a la temática elegida. En algunos casos, podía surgir más de una temática (máximo tres), que servía para crear diferentes dinámicas dentro de la improvisación.

Sesión 3

En esta sesión comienza a realizarse un trabajo más profundo de introspección que buscaba que cada cuidador/a empezara a identificar sus necesidades, qué cosas podían, querían o estaban dispuestos/as a profundizar.

Como el resto de la sesión iba a ser más receptiva, la fase de caldeamiento consistió en una activación corporal. Esta dinámica consistió en ir moviendo partes del cuerpo concretas dejándose llevar por la música (en este caso se empleó música grabada). Al principio, el ritmo de qué partes iban moviendo lo marcaba la musicoterapeuta y, poco a poco, cuando ya habían recorrido todo el cuerpo, ellos/as decidían de qué manera fluir a través de la música y podían moverse libremente por la sala.

Al terminar la canción, se comenzaron a introducir las instrucciones de la dinámica de desarrollo de la sesión. Esta consistía en una actividad de música e imagen no dirigida, basada en la técnica de GIM, pero de manera adaptada ya que los participantes generaban imágenes en respuesta a la música y la terapeuta no tomó el papel de guía durante la audición musical. Al final de la inducción a la relajación (basada en Jacobson), se incluyó una visualización guiada por la terapeuta para profundizar en las necesidades de las personas cuidadoras, tratando de responder a la pregunta: “¿qué os ha traído hasta aquí?”. Asimismo, esta visualización serviría como disparador y para enmarcar el foco de la intervención presentando una imagen focal. Esta visualización consistía en la de un camino que debían imaginarse con detalle, y por el que transicionaban durante la música, donde podían encontrarse a personas o no y por el que podían avanzar o retroceder. En el momento en el que finalizaron las instrucciones iniciales para la visualización, la música comenzó a sonar, y los/as cuidadores/as comenzaron el denominado viaje, ejercitando su imaginación mientras escuchaban la música sin guía de la terapeuta ni diálogo con ésta.

Para finalizar la sesión, continuando con la técnica basada en GIM, cuando la música terminó se les pidió que en silencio representaran de manera individual, pintando una mandala en blanco, la experiencia vivida durante la visualización y reflejaran las imágenes con las que se habían quedado. Cuando todos/as terminaron, compartieron sus experiencias y las conclusiones a las que habían llegado en grupo. Posteriormente, se les pidió que pensarán y trajeran una canción para la siguiente semana relacionada con lo vivido durante la sesión. Como cierre de la sesión, incluyeron las mandalas terminadas en el mural.

Sesión 4

Debido a la intensidad de la anterior sesión, ésta comienza de manera pausada, recogiendo lo sucedido durante la semana y las posibles emociones surgidas en relación a la dinámica de la sesión 3. Esto se realizaba de manera verbal principalmente, aunque si el grupo se sentía preparado, hacía una improvisación grupal libre.

El desarrollo de esta sesión se centró en el debate de las canciones que los/as cuidadores/as habían traído. Para ello, cada persona tenía su espacio y tiempo que se distribuía de la siguiente manera: todo el grupo escuchaba la canción con la letra en papel y cuando la música terminaba, surgía un debate sobre lo que creían que podía significar y la persona que eligió la canción compartía sus emociones y experiencias si así lo decidía.

El cierre global de esta sesión era breve, ya que cada vez que compartía una persona su canción se realizaba un cierre verbal para pasar al siguiente. Asimismo, se consideraba más importante que todos/as tuvieran tiempo para poder compartir su espacio, por lo que era inviable dedicar más tiempo a esta fase en esta sesión.

Sesión 5

Tras chequear cómo se encontraba el grupo, en esta sesión comienza el segundo songwriting, realizando un trabajo más individualizado. En este caso, la composición consistió en una parodia de la canción trabajada en la sesión previa, dedicando la mayor parte del tiempo

de esta sesión para reescribir la letra de la canción de manera individual. Para darles algo de estructura, pero no tanta como el primer songwriting, se procedió a plantearles dos preguntas que pudieran ayudarles a realizar la composición: “¿a quién queréis dirigir la canción?” “¿Qué queréis decirle a esa persona?”. Estas cuestiones no se deben al azar, sino que se basan en el planteamiento de que las respondan desde lo que han ido descubriendo y trabajando a lo largo de las sesiones previas. Cada cuidador/a fue trabajando en su propia canción y la musicoterapeuta iba ayudándoles de manera individual. Cuando terminaban la letra, se les pedía que pensaran de cara a las siguientes sesiones cómo querían compartirla con el grupo. Para ello, debían pensar en el papel que querían que tuviera el resto de compañeros/as, la musicoterapeuta y la propia música.

Sesión 6 y sesión 7

La estructura de estas dos sesiones era prácticamente igual, el inicio y cierre de las sesiones ya no eran tan estructurados, y eran los propios participantes los encargados de decidir si querían compartir algo con el grupo. Para este punto de la intervención, los/as cuidadores/as se comunicaban menos verbalmente y, aunque lo hicieran, incluían la música con respecto a sus relaciones dentro y fuera del grupo. Así, muchos/as traían canciones o situaciones que les había recordado a algún/a compañero/a del grupo de musicoterapia o a algún momento de sesiones previas.

Posteriormente, los/as cuidadores/as compartían con el grupo los songwritings que habían preparado en la sesión 5 por turnos. Cada persona tenía su tiempo y espacio para compartir desde el respeto y confianza que se había ido creando en el grupo, pudiendo expresar de manera muy personal sus composiciones. El procedimiento consistía en que la persona elegía de manera voluntaria presentar su canción, explicando primero al resto de cuidadores/as cómo quería que los tres elementos previamente comentados estuvieran presentes. De esta manera, podían elegir si el resto de compañeros/as le acompañaban musicalmente (cantando

y/o tocando algún instrumento) o su papel era el de escuchar. También podían elegir si la musicoterapeuta participaba para darle algún tipo de apoyo musical o no. Finalmente, debían explicar qué papel iba a tener la música, pudiendo utilizar la música grabada original o música en directo.

Cada contribución se cerraba con el feedback por parte del grupo. Antes de comenzar la sesión, la musicoterapeuta les explicó que el resto del grupo podía expresar sus emociones y pensamientos surgidos del songwriting compartido individualmente, a través de tres posibilidades diferentes: con una palabra, un dibujo o una pequeña improvisación. En el caso de la palabra o dibujo, éstos se iban incluyendo en el mural. Así, cuando la persona terminaba de exponer su songwriting, cada compañero/a iba devolviendo de la manera que se sentía más cómodo/a lo que le había transmitido. Cuando todas las personas terminaban dicho feedback, la persona que había compartido el songwriting podía responderles o añadir el comentario que deseara. En el momento que finalizaba todo el proceso mencionado y los/as cuidadores/as estaban preparados/as se pasaba a la siguiente persona.

Sesión 8

Esta sesión servía como barbecho de todo lo vivido hasta el momento, comenzando de esta manera la fase de “despedida”. En algunos casos era necesario utilizar el inicio de esta sesión para exponer alguno de los songwritings individuales que no había dado tiempo en las anteriores sesiones. En las situaciones en las que ya se había terminado, como los/as cuidadores ya conocían diversas técnicas musicoterapéuticas, decidían cómo querían comenzar la sesión.

Posteriormente se procedía a recopilar la información surgida a lo largo de las sesiones. Esto incluye todas las emociones, sentimientos, pensamientos y aprendizajes surgidos hasta ese momento. Para poder realizarlo de manera más autónoma el mural era una ayuda visual muy importante para ellos/as, ya que es donde se recogía todo el material surgido. Gracias a ello, los/as cuidadores/as podían debatir sobre lo que habían aprendido de su propio proceso y

del proceso de los/as compañeros/as. El papel de la musicoterapeuta en este caso era reconducir el diálogo e ir dirigiéndolo a la reflexión de lo vivido en las sesiones. Asimismo, se les proponía que alguna persona fuera recogiendo en un folio ideas, palabras y frases de lo que iba surgiendo en la conversación. En algunos casos los/as cuidadores/as decidían que fuera la musicoterapeuta la que recogiera dicha información. Estos datos son los que servirían y ayudarían para crear la letra del último songwriting.

Sesión 9

Esta sesión pertenece también al cierre del proceso terapéutico, pudiendo realizarlo a través del último songwriting, recogiendo todo lo vivido a nivel personal y grupal. Gracias a lo trabajado a lo largo de todas las sesiones, la elaboración y el debate más consciente de la anterior sesión, pudieron reflejar todas las emociones en el songwriting grupal original. Esta composición era completamente original, es decir, tanto la música como la letra fue creada por las personas cuidadoras. La musicoterapeuta les ofreció una estructura básica para la lírica de ABABCB, donde A es el verso, B el estribillo y C el puente. Con la información recogida en la anterior sesión y con frases e ideas incorporadas, fueron realizando la letra del songwriting. Cuando terminaron la letra, se les invitó a aportar ideas sobre la música basadas en los diferentes parámetros de ésta, como el género, ritmo, volumen o timbre. Asimismo, era de vital importancia resaltar las dinámicas a lo largo de la canción, marcando los cambios de los parámetros mencionados a lo largo de la estructura de la letra. Una vez seleccionados, si surgían algunas melodías se grababan y la musicoterapeuta preparaba una base musical con la guitarra basada en todo lo sugerido.

Sesión 10

La última sesión giró en torno a la despedida del grupo y a terminar de cerrar el proceso personal de cada uno/a, tanto individual como grupal. Para ello, la sesión comenzó repasando el tercer songwriting, mostrando la musicoterapeuta la base preparada con la guitarra,

realizando los cambios que consideraban hasta lograr el resultado final con el que se sentían cómodos/as. Tras practicar varias veces, cantando e incorporando los diferentes instrumentos, se grabó la canción finalmente.

Para continuar con el cierre del proceso, los/as cuidadores/as realizaron una última dinámica en la que el grupo se dividió de manera voluntaria en dos grupos. Algunas personas iban a dibujar y otras iban a realizar una improvisación. La consigna consistía en representar, tanto de manera individual como grupal, el proceso que habían vivido. La improvisación musicoterapéutica era grupal y el dibujo podían elegir realizarlo individual o grupal. De esta manera, los/as cuidadores/as comenzaban la improvisación y solo cuando la música estaba presente, el otro grupo podía comenzar a pintar, realizando una envoltura sonora. Una vez terminaba la improvisación, la dinámica finalizaba y se volvían a reunir para comentar la experiencia y compartir los dibujos. A través de este debate final, podían concluir el papel que había tomado cada uno e incluso percatarse de las sinergias creadas y las similitudes de ambos grupos.

3.4. Análisis estadísticos

3.4.1. Estudio I

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó la versión 27 del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). En primer lugar, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), se comprobó si la muestra presentaba una distribución normal de los datos para cada una de las variables estudiadas. Este análisis se realizó para cada grupo (intervención y control) y para cada momento de evaluación. Se utilizaron estadísticos descriptivos para reportar las características de la muestra, correspondiendo estas variables a una distribución normal. Las variables continuas se describieron mediante la media y la desviación estándar, y las variables categóricas mediante la frecuencia y el porcentaje. Para examinar la homogeneidad inicial en las variables sociodemográficas entre el grupo de intervención y el

grupo control, se utilizaron la prueba *t* de muestras independientes y la prueba de *Chi*-cuadrado (χ^2) para las variables cuantitativas y categóricas, respectivamente.

En cuanto a las medidas de resultado, se calcularon puntuaciones globales. La mayoría de las medidas de resultado no presentaban una distribución normal en ninguna de las combinaciones para análisis posteriores (es decir, comparación entre grupos o puntos temporales), siendo el coeficiente K-S significativo ($p < .05$). Para analizar las diferencias en las medidas de resultado entre los grupos al inicio del estudio, se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney. Para el análisis intragrupo se realizó la prueba de Wilcoxon, evaluando las diferencias en las medidas de resultado entre las medidas pre-test y post-test. Finalmente, para analizar los efectos de la interacción Grupo x Tiempo se empleó un análisis de varianza mixto. Debido a la falta de un análisis no paramétrico equivalente, los valores se transformaron en puntuaciones *z*. El tamaño del efecto se calculó en base al indicador eta parcial al cuadrado (η^2_p). El límite para el nivel de significación en todos los análisis se estableció en $p < .05$.

3.4.2. Estudio II

Análisis cuantitativos

Para todos los análisis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 27.0. Se utilizaron estadísticos descriptivos para describir la muestra. Las variables continuas se describieron mediante la media y la desviación estándar, y las variables categóricas, mediante la frecuencia y el porcentaje. En cuanto a las variables clínicas, se calcularon las puntuaciones globales. Para el SF-36, se aplicó la sintaxis proporcionada por los autores del instrumento. El ajuste de la muestra a la distribución normal se analizó para cada una de las variables estudiadas mediante el test de K-S. La mayoría de las variables no presentaba una distribución normal, ya que el coeficiente K-S era significativo ($p < .05$). Para verificar el cambio entre el pre-test, el post-test y los tres meses de seguimiento de las medidas se utilizó la prueba no paramétrica de

Wilcoxon de diferencia de medianas, estableciendo un valor p de $< .05$ cuando se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre estas medidas

Análisis cualitativos

Se realizó un análisis temático de los datos cualitativos utilizando estrategias seleccionadas de la teoría fundamentada, incluido el análisis comparativo y predominantemente inductivo. También se empleó un procedimiento cualitativo de fiabilidad entre evaluadores, en el que dos investigadores participaron en el análisis de los datos. Se utilizó el software de gestión de datos cualitativos ATLAS.ti 22 y ATLAS.ti 9 para Windows. El análisis inicial de los datos consistió en crear y aplicar un código (etiqueta) o códigos que caracterizaran el significado de la respuesta de cada participante. A continuación, una investigadora experta en metodología cualitativa examinó todos los datos y códigos. Ambas investigadoras discutieron las incoherencias en la codificación hasta llegar a un acuerdo mutuo sobre el conjunto de códigos. Los segmentos codificados se compararon con otros segmentos codificados para determinar similitudes y diferencias. Los segmentos codificados similares se agruparon en categorías creadas por los investigadores (etiquetas creadas por los investigadores que representaban grupos de códigos comparables). Las dos investigadoras siguieron discutiendo las interpretaciones comparables y diferentes de las categorías hasta llegar a un acuerdo. El siguiente paso consistió en comparar y contrastar las categorías, y las categorías similares se agruparon en temas creados por la investigadora (etiquetas que representaban grupos de categorías y códigos comparables). Por último, las dos investigadoras siguieron debatiendo interpretaciones comparables y diferentes de los temas hasta llegar a un acuerdo sobre la representación final de los resultados.

3.4.3. Estudio III

Se utilizó el programa SPSS versión 27 para llevar a cabo todos los análisis. Los datos se introdujeron directamente a partir de las respuestas de los cuidadores, excepto las letras de

las composiciones. En primer lugar, las letras se procesaron mediante el programa LIWC-22 y, tras obtener los datos con LIWC, se introdujeron en SPSS junto con el resto de información. La muestra se describió mediante datos descriptivos, presentando las variables continuas con medias y desviaciones estándar, y las categóricas, mediante la frecuencia y el porcentaje. Se utilizó el test de K-S para verificar el ajuste de distribución normal de la muestra para cada una de las variables del estudio. Dado que la mayoría de las variables no presentaban una distribución normal ($p < .05$), se aplicaron pruebas no paramétricas. Para analizar las diferencias entre los distintos songwritings se realizó el test de Friedman, junto a la prueba Dunn-Bonferroni como análisis *post hoc*. La relación entre los datos del LIWC y de la MSS, se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Este mismo estadístico fue empleado para medir las relaciones entre las variables descriptivas previas y los datos del LIWC y de la MSS. Un valor p inferior a .05 se definió como estadísticamente significativo.

3.5. Declaración ética

El proyecto de esta tesis doctoral en el que se enmarcan los Estudios I, II y III, fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Deusto en 2021 (Ref: ETK-42/20–21) (Anexo 8.2.). Asimismo, la investigación se ha realizado de acuerdo a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El protocolo de este ensayo clínico se registró en clinicaltrials.gov con el ID: NCT06028815.

IV. Resultados

4. Resultados

4.1. Estudio I

“Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency”

Paula Pérez-Núñez*, Oscar Martínez, Patricia Espinosa, Ane Perosanz, Irune García and Clare O’Callaghan

Abstract

Informal caregivers of older people face demanding responsibilities that can negatively affect their wellbeing, highlighting the relevance of interventions that address their specific needs. This study aimed to assess the effects of a group music therapy program based on different songwriting approaches applied to informal caregivers of older adults with dependency. A sample of 113 caregivers participated, being assigned either to the intervention ($n = 60$) or the control group ($n = 53$). The intervention group caregivers received 10 weekly sessions of the songwriting program, while the control group continued with their usual care service. Psychological symptoms and health-related quality of life (HRQoL) were assessed at baseline and follow-up using the State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, Zarit Burden Interview, and SF-36. Group $\times$ Time interactions revealed significant improvements in the intervention group compared to the control one in trait anxiety ($p = .022$), social functioning ($p = .013$), role limitations due to physical problems ($p = .020$), and physical component summary ($p = .022$). These findings provided valuable evidence on this novel intervention, showing positive effects for caregivers’ wellbeing. The current research emphasizes the importance of considering music therapy as a potential intervention among caregiver support programs.

Keywords: informal caregivers; group music therapy; songwriting; HRQoL; psychological wellbeing

Introduction

Due to global demographic trends of an ageing population and a rising demand for long-term care services, the role of informal caregivers is becoming critical, leading to increasing attention in healthcare research (Lindt et al., 2020; Qualls, 2016). The definition of informal caregiver includes the person who provides assistance with activities of daily living to a relative with a chronic illness or disability without receiving any economical retribution (Roth et al., 2015). Informal caregivers play a crucial role in providing care and support to older adults with various levels of dependency, enabling them to remain in their own homes and communities for as long as possible (Barbabella et al., 2018; Jones, 2022). The demanding nature of caregiving responsibilities can significantly impact their wellbeing, particularly in the emotional dimension (Buckinx et al., 2023; Schulz & Sherwood, 2008; Stratmann et al., 2021). Understanding the challenges, needs, and experiences of informal caregivers is essential for developing effective interventions and support services tailored to their specific circumstances (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016; Sousa et al., 2022). This includes addressing issues such as caregiver burden, stress, depression, and social isolation, which can impact not only on the caregiver's health but also the care recipient's (Brodaty, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz et al., 2020).

In response to these implications, interventions focused on improving the wellbeing of caregivers have been explored, including the utilization of music therapy (Gillespie et al., 2024; Steiner-Brett, 2023; Sun et al., 2022; Vandepitte et al., 2016). The concept of music therapy has been defined by the World Federation of Music Therapy (2011) as “the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health

and wellbeing. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts”.

Among the different music therapy studies focused on informal caregivers, the most common technique applied is group songwriting (Steiner-Brett, 2023). Songwriting in a therapeutic context refers to the creation of lyrics and/or music with the aim of addressing the psychological and health needs of an individual or group of people (Wigram & Baker, 2005). Between the strengths of songwriting, as a technique employed by clinicians, Baker (2015) highlighted its versatility, its connection with culture and society, the combination between music and language, the fact that it involves therapeutic processes and invites a therapeutic relationship, and its nature as a medium for emotional expression.

The scientific literature has shown positive outcomes from the use of music therapy with informal caregivers. Through different methodology designs (i.e., qualitative, quantitative, and mixed methodologies), studies have reported decreases in anxiety and depression, enabling the expression of feelings and mood regulation, and a positive influence on wellbeing, stress, self-esteem, burden, and connection with others (Baker & Yeates, 2018; Brault & Vaillancourt, 2022; García-Valverde et al., 2020; Klein & Silverman, 2012; Steiner, 2019; Whitford et al., 2023). Despite these promising findings, the evidence is not conclusive enough since the number of studies that have applied controlled clinical trial designs is limited.

Music therapy research is increasingly emphasizing the relevant role of clinical trials, providing more objective evidence for the effectiveness of these interventions. Nevertheless, there is a lack of studies that specifically address the effects of music therapy interventions on informal caregivers. Baker et al. (2018) presented a trial design as a feasibility study of implementing a group songwriting program with family caregivers of people living with dementia. This study reported that depression was a valid variable sensitive to change and had the potential to be considered in larger controlled trials. Ferguson (2006) examined the effect

of a music therapy songwriting intervention on the identification and utilization of coping strategies by caregivers of individuals with Alzheimer's disease. The experimental group was able to identify and employ significantly more coping strategies between pre-test and post-test measures. Nevertheless, no significant differences were found between the data from the control and experimental groups.

There are some concerns identified in the literature review on this topic, which could lead to confusion, considering some studies as trials of music therapy applied to informal caregivers when they are not. On the one hand, most studies tend to focus on the care recipient, applying dyadic and joint interventions, with less attention given to informal caregivers, not focusing exclusively on family caregivers (Berger et al., 2004; Cermak, 2005; Choi, 2010; Dvorak, 2015; Gok Ugur et al., 2019; Okamoto, 2005; Tamplin et al., 2020). On the other hand, there are some clinical trials where it is not clear whether it is a music-based intervention or a music therapy intervention, finding an inconsistent and inaccurate use of terminology when referring to music therapy. This creates confusion and contributes to problems because “music therapy” refers to a profession, implying specific education, training, and credentials of the music therapist. Thus, we can find clinical trials about music applied to informal caregivers, but some of them could not be stated as music therapeutic interventions (Choi, 2010; Särkämö et al., 2014; Tamplin et al., 2020; Valero-Cantero et al., 2023).

Considering the few studies found that evaluate the effects of a music therapy intervention on informal caregivers, it is considered relevant to contribute new clinical trials focused exclusively on caregivers. Thus, the purpose of the current study was to assess the effects of a structured songwriting group music therapy (SGMT) program in a sample of informal caregivers of older people with dependency. The main objective of the treatment was to improve their health-related quality of life (HRQoL), focusing on addressing emotional wellbeing through a group-based songwriting approach. The experience of the informal

caregivers who participated in the intervention has been reported previously through a mixed methodology (Pérez-Núñez et al., 2024). However, the effectiveness of the intervention could not be confirmed due to the absence of a control group. Therefore, in the present research, the hypothesis was that caregivers who completed the songwriting intervention would reduce their levels of anxiety, depression, burden, and improve their HRQoL compared to those in the control group.

Materials and Methods

Participants

The sample of this study consisted of 113 informal caregivers of older adults aged between 41 and 87 years. Caregivers were recruited from different services and programs offered to support their needs from Biscay, Spain. A nonprobabilistic convenience sampling method was carried out. As Figure 1 illustrates, 18 of the 132 caregivers assessed for their suitability to participate in the study were excluded, most of them because they did not meet the inclusion criteria.

Participants were conveniently collected and allocated to the intervention group ($n = 60$) and to the control group ($n = 53$). Both groups' sociodemographic data of the final sample are provided in Table 1.

The inclusion criteria for both groups were as follows: (a) to be the main informal caregiver of an older person, (b) the care recipient was over 60 years of age, (c) caregiver had to be over 18 years of age, (d) attend a socio-sanitary center that provides support for informal caregivers, and (e) signed the informed consent form accepting the respective research condition. Participants were not included in the study if they met the following exclusion criteria: (a) not living in Spain, (b) below the age of 18, (c) presented uncompensated sensory and/or cognitive deficits that compromised the response to the assessment, (d) illiteracy, and (e) a diagnosis of any severe or serious mental illness.

Figure 1

Participants flow diagram

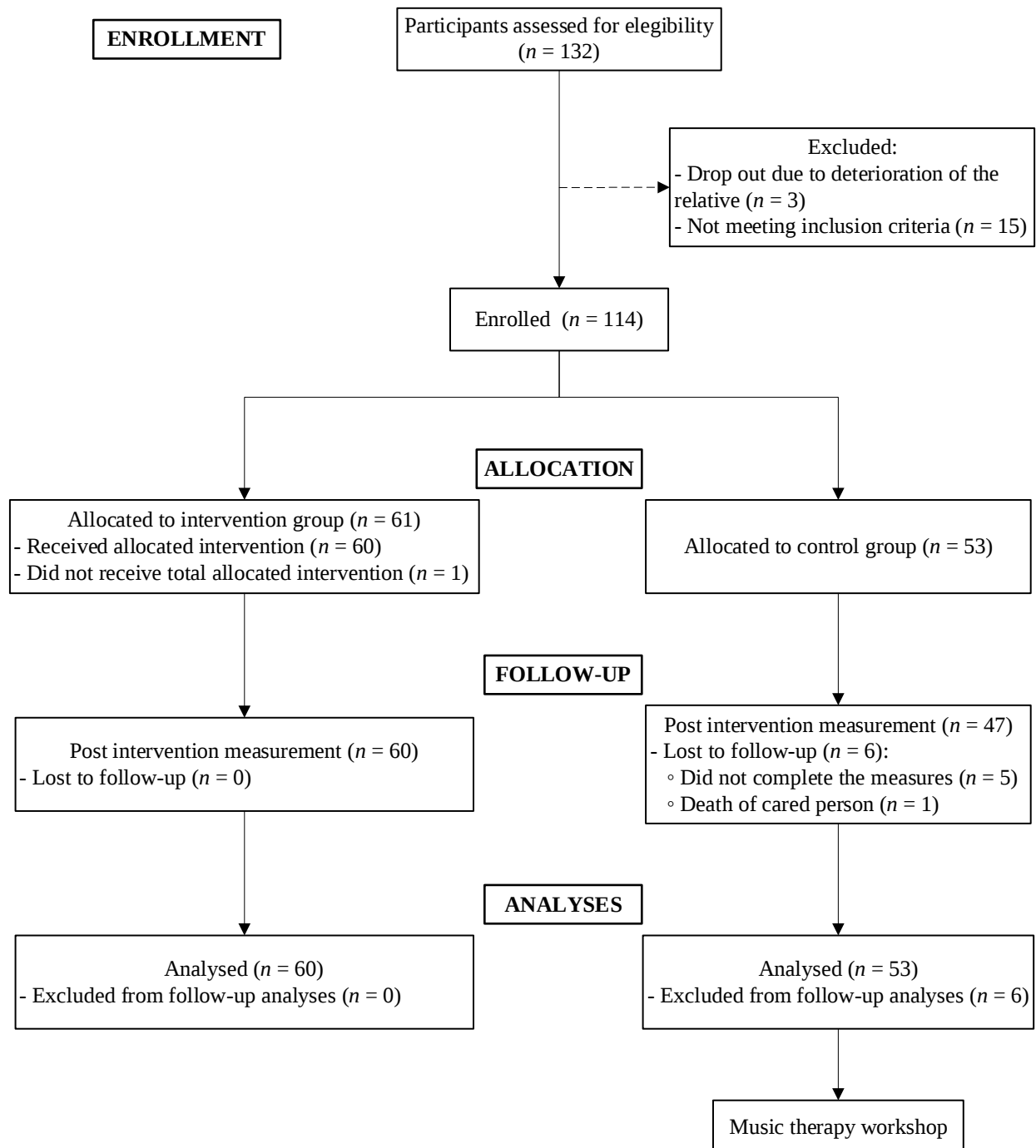


Table 1*Baseline characteristics of the study sample*

	Intervention Group (<i>n</i> = 60)	Control Group (<i>n</i> = 53)		
	<i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>) <i>n</i> (%)	<i>t</i> χ^2	<i>p</i>
Age (years)	66.27 (9.83)	63.23 (9.93)	-1.63	0.105
Sex			0.67	0.412
Women	54 (90%)	45 (84.9%)		
Men	6 (10%)	8 (15.1%)		
Marital Status			1.59	0.902
Married	40 (66.7%)	32 (60.4%)		
Living as a couple	5 (8.3%)	5 (9.4%)		
Divorced	3 (5%)	2 (3.8%)		
Separated	2 (3.3%)	1 (1.9%)		
Single	6 (10%)	9 (17%)		
Widow/er	4 (6.7%)	4 (7.5%)		
Years of education	13.97 (7.13)	14.02 (5.71)	0.04	0.965
Occupation			6.37	0.173
Employed	11 (18.3%)	19 (35.8%)		
Unemployed	7 (11.7%)	7 (13.2%)		
Retired	26 (43.3%)	19 (35.8%)		
Housework	13 (21.7%)	5 (9.4%)		
Other	3 (5%)	3 (5.7%)		
Kinship			1.53	0.676
Sons/daughters	27 (45%)	29 (54.7%)		
Spouses	26 (43.3%)	17 (32.1%)		
Brothers/sisters	4 (6.7%)	4 (7.5%)		
Other	3 (5%)	3 (5.7%)		
Care hours	42.07 (40.20)	51.55 (35.65)	1.32	0.190
Dependency—Barthel's index	48.42 (30.22)	51.13 (29.98)	0.48	0.633

Measures

Caregivers reported sociodemographic and caregiving data through a 35-item ad hoc questionnaire. Sociodemographic variables included age, gender, marital status, years of education, and occupation. In addition, data related to the caregiving context were collected (e.g., kinship, care hours, and dependency of the care recipient). The levels of functional dependency of the cared person were assessed through the Barthel index (Mahoney & Barthel, 1965). This test includes 10 items rated differently, using a 0, 5, 10, or 15-point scale, ranging from complete dependence (unable to perform the task) to complete independence (able to perform the task without assistance). The global score ranges from 0 to 100, with higher scores indicating higher independence, providing a quantitative measure of the individual's ability to

carry out activities of daily living. The Spanish version of the questionnaire presented a .86–.92 Cronbach's alpha (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997). In this study, the Cronbach's alpha coefficient was .91.

Outcome Measures

Anxiety

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970) is a psychological questionnaire that assesses both state and trait anxiety levels of individuals. Therefore, this tool consists of two scales with 20 items each. The first subscale is the State Anxiety Scale (STAI-S), which evaluates current feelings of anxiety. The second one, the Trait Anxiety Scale (STAI-T), indicates individuals' tendency towards anxiety across situations. All items are rated on a 4-point scale (from 0 to 3), and the total score ranges from 0 to 60, with higher scores indicating greater anxiety. The Spanish version of the STAI reported good psychometric properties, with a Cronbach's alpha reliability of .90 for STAI-T and of 0.94 for STAI-S (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). In the current study, Cronbach's alpha coefficient was .92 for STAI-T and .95 for STAI-S.

Depression

The Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck et al., 1996) is a self-report scale designed to detect and assess the severity of depression over the last two weeks. It consists of 21 items rated on a 4-point Likert-type scale ranging from 0 to 3. The total score ranges from 0 to 63, where higher scores indicate more severe depressive symptoms. The Spanish version's psychometric properties presented a Cronbach's alpha of .89 (Sanz et al., 2003). This study obtained a Cronbach's alpha coefficient of .90.

Caregiver's Overload

The Zarit Burden Interview (ZBI, Zarit et al., 1980) assesses the levels of subjective burden experienced by informal caregivers providing care to patients with several medical

conditions. It is a 22-item instrument rated on a 5-point Likert scale that considers different aspects of caregiver burden, where upper scores indicate higher burden. The Spanish version showed good internal consistency with a Cronbach's alpha of .90 (Ramírez et al., 2008), obtaining the same coefficient in the present study.

HRQoL

The Short Form 36 (SF-36; Ware Jr., 1999) measures individual's perception of their overall health and wellbeing across various physical and mental health domains. It is employed in clinical practice and research settings. This test consists of 36 questions, scored on Likert-type scales with response options ranging from 2 to 6 points. It assesses the health status of the person through eight dimensions: physical functioning, role limitations due to physical problems (role-physical), bodily pain, general health, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems (role-emotional), and mental health. These scales are combined into two summary measures: physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). Higher scores on each of the variables indicate better HRQoL. In relation to the psychometric properties of the Spanish version of the SF-36, a study reported good internal consistency, with Cronbach's alpha between .70 and .90 in all dimensions of the SF-36 (Ayuso-Mateos et al., 1999). The Cronbach's alpha coefficient in this study was between .77 and .91.

Intervention

The 10-session SGMT intervention program was conducted by a qualified music therapist who is also a psychologist. Each session had a duration of one hour and it took place once a week with small fixed groups of 4 to 7 caregivers. Since the intervention was carried out in different centers, the setting had to be as similar as possible. The rooms where the intervention was conducted had to have low reverberation and good ventilation and lighting.

In addition, the same setting of instruments was offered, mostly small percussion ones, so the room had to be big enough and be practically empty and without decoration.

The process was divided into three phases: phase 1 — “Getting to know each other” (sessions 1–3); phase 2 — “Sharing and Creating” (sessions 4–7); and phase 3 — “Saying goodbye” (sessions 8–10). The main technique used was songwriting, conducting different approaches depending on each phase: phase 1, group song parody songwriting; phase 2, individual song parody and; phase 3, group original songwriting. The song parody refers to rewriting all or part of the lyrics of a pre-composed song. In turn, the original songwriting involves the creation of completely original lyrics and music (Baker, 2015).

The SGMT intervention was designed to be conducted in a group format and was applied through a semi-directive approach, going from more to less directive throughout the phases. This approach was possible thanks to the versatility of the songwriting technique, employing a more structured type of songwriting (song parody) to end up with a less structured one (original songwriting). In order to prepare for or close the songwriting activity, secondary techniques were used such as clinical improvisation or receptive techniques (e.g., relaxation, listening, and discussion of meaningful songs, and listening for image evocation).

The first phase was characterized by greater structure and directivity, facilitated by the group-based song parody songwriting approach employed. This was a very structured songwriting approach, since a pre-selected theme was used. The objective of this first composition was to provide participants with a base of security and support, and enable self-confidence in their creation process. The structure was also reflected in the music, since a traditional well-known song (e.g., “La Bamba”) was selected by the group to provide the melodic framework.

In the second phase, the song parody approach was maintained; however, participants worked individually, with the objective of expressing their individual needs. The process in

this phase was less structured than in the earlier one, as caregivers were familiar with the activity. Furthermore, each caregiver chose the parodied song and the choice of the theme was semi-structured (each participant decided to whom and what they wanted to write).

Finally, phase 3 was conducted employing a different approach: the “group original songwriting”. This third phase of songwriting consisted of an original composition since both the lyrics and the music were created by caregivers. The theme and music selection were free, providing more freedom and less structure. The role of the music therapist consisted of facilitating the composition process, guiding them from a more distant method (i.e., offering them a known structure for lyrics or creating together the base for the melody).

Procedure

Prior to the recruitment process, the ethical concerns of the study were addressed, including the approval of the Ethics Committee of the University of Deusto (ETK-42/20-21) in 2021 and the registration of the trial at ClinicalTrials.gov under the ID NCT06028815. Additionally, the study was conducted in accordance with the ethical principles established by the Declaration of Helsinki. Completing and signing the informed consent form was mandatory in order to participate. This document contained information about the project, including the evaluation details (variables, duration, and number of evaluations), benefits and risks of participating, confidentiality of data, and the statement that participation was voluntary and they could withdraw at any moment.

This study employed a longitudinal quasi-experimental design. A two-groups nonrandomized controlled trial design was used with measures taken at two time points: pre-test (i.e., baseline) and a post-treatment follow-up. It was a single-blind study because participants did not know which research condition they were receiving. The intervention group received the 10 weekly one hour sessions of SGMT, with participants distributed into 11 subgroups of four to seven persons each. The control group followed a treatment as usual

condition, where caregivers remained on the existing care regimen in their respective centers, without receiving any additional service between measurements. After the follow-up assessment, control group participants were invited to participate in a one-day music therapy workshop, in order to experience a music therapy session, living and experiencing the different techniques that they knew theoretically in the informative talk.

The first author contacted 11 different social and health centers that offered support to caregivers of older people with dependency in Biscay. In collaboration with the psychologists of each center, informative talks were organized for the informal caregivers to introduce them to the project. Due to the demanding nature of caregiving and limited availability to move around, allocation to conditions was by convenience, considering the caregiver's reference center. This allocation to groups was assigned by the researcher, taking into account the number of caregivers and the space availability of each center. Thus, when possible, a 10-session intervention (intervention group condition) was offered between the two time point assessments. Otherwise, caregivers received the same informative talk and the two psychological evaluations, providing individual reports, and complemented with the music therapy workshop.

Those caregivers who agreed to participate signed informed consent and received the initial assessment from the first author via email. "Qualtrics" platform was used to create this self-administered survey, including sociodemographic, caregiving data questions, and instruments that assessed outcome measures. The contact details of the researcher were provided in the informed consent form in case any questions arose during the completion of the survey. The survey completion duration was approximately 1 h. The data collection phase was conducted in several periods from September 2021 to March 2024. The participants in both groups completed outcome measures at the enrolment phase (1 week before the intervention) and immediately after the end of treatment (3 months after the first measure).

Statistical Analyses

The SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences) version 27 was used to perform statistical analyses. The adjustment to the normal distribution of the data was analyzed for each of the variables studied, using the Kolmogorov–Smirnov test. This analysis was conducted for each group (intervention and control) and for each time of assessment. Descriptive statistics were used to report the characteristics of the sample, corresponding these variables to a normal distribution. Continuous variables were described by mean and standard deviation, and categorical variables by frequency and percentage. To examine the differences between the intervention group and the control group in sociodemographic data at baseline, the independent samples t-test and the chi-square test (χ^2) were used for quantitative and categorical variables, respectively.

Regarding the outcome variables, global scores were calculated. For the SF-36, the syntax provided by the authors of the instrument was applied. Most of the outcome variables did not have a normal distribution in any of the combinations for further analyses (i.e., comparison between groups or time points), with the coefficient (K–S) being significant ($p < .05$). In order to analyze the differences in outcome measures between groups at baseline, the Mann–Whitney U-test was used. The Wilcoxon test was performed for intragroup analysis to assess the differences in outcome variables between pre-test and post-test measures.

Finally, a doubly multivariate repeated measures analysis of variance (ANOVA), also known as two-way or mixed-design ANOVA, was conducted to examine the effects of the interaction of group factor (between subjects) and time factor (within subjects) on anxiety, depression, overload, and HRQoL. First, the multivariate test (Wilks Lamda) provided the overall effect. Second, Group $\times$ Time interaction individual effects from univariate mixed-model analysis determined the SGMT intervention's efficacy on outcome measures individually. Due to the lack of an equivalent nonparametric analysis, values were transformed

into z-scores. The significance level was set at $p < .05$. Partial eta squared (η^2_p) was obtained as an indicator of the effect size, where $\eta^2_p = 0.01$ is considered small, $\eta^2_p = 0.06$ medium, and $\eta^2_p = 0.14$ large.

Results

Sample Characteristics at Baseline

The flow diagram for the study is presented in Figure 1. A total of 113 caregivers participated in the study, with 60 corresponding to the intervention group and 53 to the control group. Six participants from the control condition did not complete the post-test measure of the study. The mean ages of the caregivers were 66.27 ± 9.83 and 63.29 ± 9.93 years in the intervention group and the control group, respectively. Participants were mostly females (90% intervention and 84.9% control group), married (66.7% intervention and 60.4% control group), and sons or daughters of the care recipient (45% intervention and 54.7% control group).

An analysis of sociodemographic variables compared between the intervention and control groups showed that there were no significant differences between groups at baseline (Table 1). It was also found that there were no significant differences in variables related to caregiving, such as the care hours or the level of dependency of the care recipient ($p > .05$).

Table 2 reports Mann–Whitney U-test values, which showed no significant differences between groups prior to treatment in any of the outcome measures ($p > .05$). However, the intervention group scored higher in anxiety (STAI-S and STAI-T), depression (BDI-II), and subjective burden (ZBI). Regarding HRQoL, in some dimensions, the control group presented better scores, with the summary scores being very similar between both groups.

Table 2*Raw outcome measures scores for the intervention and control group at baseline*

	Intervention Group (<i>n</i> = 60)		Control Group (<i>n</i> = 53)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Anxiety						
STAI-S	29.58	11.75	26.29	13.79	−1.52	.128
STAI-T	28.68	10.37	24.63	12.68	−1.95	.052
Depression—BDI-II	14.10	9.15	13.57	8.89	−0.57	.571
Burden—ZBI	59.68	14.45	56.90	15.47	−0.81	.417
HRQoL—SF-36						
Physical functioning	74.92	23.08	76.60	20.68	−0.17	.867
Role-physical	48.75	42.79	59.91	45.02	−1.27	.205
Bodily pain	50.92	25.38	51.30	24.21	−0.12	.908
Social functioning	60.42	25.54	68.16	27.90	−1.59	.111
Role-emotional	52.78	46.05	59.12	45.59	−0.68	.498
Mental health	52.40	12.90	55.02	12.72	−1.08	.279
Vitality	49.33	19.50	46.60	20.93	−0.99	.318
General health	54.03	21.92	53.82	17.99	−0.06	.956
PCS	44.22	10.61	44.91	9.89	−0.23	.818
MCS	37.18	12.17	38.92	12.83	−0.78	.437

Note. *n* = number of participants; *M* = mean; *SD* = standard deviation; STAI (S/T) = State-Trait Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory II; ZBI = Zarit Burden Interview; SF-36 = Short Form 36; PCS = physical component summary; MCS = mental component summary.

Intra-Group and Inter-Group Analyses Results

As summarized in Table 3, when comparing pre-test scores with post-test ones, the intervention group showed a statistically significant decrease in trait anxiety ($Z = -3.26$, $p < .001$, $r = .30$) and depression ($Z = -2.56$, $p = .010$, $r = .23$). Regarding HRQoL outcome variables, statistically significant improvements were found after the SGMT intervention in social functioning ($Z = -2.36$, $p = .018$, $r = .22$) and mental health ($Z = -2.07$, $p = .038$, $r = .19$). The effect sizes of these differences ranged from small to medium. The intervention group presented an improvement in the rest of the outcome variables, although not significant. Results obtained for the control group intra-group analyses showed that from pre-test to post-test measures, there was a significant worsening in the physical component summary (PCS) ($Z =$

-2.06, $p = .039$, $r = .21$), with a small effect size. For the rest of the outcome variables, no significant changes were observed.

The doubly multivariate mixed ANOVA indicated an overall significant effect of Group $\times$ Time interaction with a Wilks Lambda = 0.791, $F(14, 92) = 2.053$, $p = .028$, $\eta^2_p = .209$. Univariate mixed-model repeated-measures ANOVA Group $\times$ Time interactions detailed in Table 4 revealed significant differences between the intervention and control groups in trait anxiety ($F(1,105) = 5.433$, $p = .022$, $\eta^2_p = .05$). Regarding HRQoL, interactions revealed significant differences between groups in the following scores: role-physical ($F(1,105) = 5.589$, $p = .020$, $\eta^2_p = .051$), social functioning ($F(1,105) = 6.424$, $p = .013$, $\eta^2_p = .058$), and PCS score ($F(1, 105) = 5.371$, $p = .022$, $\eta^2_p = .049$). The effect sizes of these differences were small to medium.

As illustrated in Figure 2, there is a pattern of significant improvement in the mentioned outcome measures in the intervention group compared to the control group. Nevertheless, it should be highlighted that the control group declined over time in these outcome measures, presenting higher levels of trait anxiety, and lower levels of the HRQoL variables at the post-test.

Table 3*Intra-group analyses for outcome variables in the intervention and control groups*

	Intervention Group				Control Group			
	Pre-Test	Post-Test	<i>Z</i>	<i>p</i>	Pre-Test	Post-Test	<i>Z</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 60)	(<i>n</i> = 60)			(<i>n</i> = 53)	(<i>n</i> = 47)		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
Anxiety—STAI								
STAI-S	29.58 (11.75)	27.57 (11.42)	−1.15	.250	26.29 (13.79)	25.40 (13.66)	−0.79	.430
STAI-T	28.68 (10.37)	25.95 (9.14)	−3.26	>.001	24.63 (12.68)	25.04 (11.99)	−0.84	.404
Depression—BDI-II	14.10 (9.15)	11.90 (8.39)	−2.56	.010	13.57 (8.89)	13.72 (11.96)	−0.23	.817
Burden—ZBI	59.68 (14.45)	58.13 (14.93)	−1.17	.240	56.90 (15.47)	56.15 (17.07)	−1.06	.288
HRQoL—SF-36								
Physical functioning	74.92 (23.08)	76.08 (21.94)	−0.34	.737	76.60 (20.68)	75.04 (21.89)	−0.69	.496
Role-physical	48.75 (42.79)	57.50 (41.25)	−1.34	.179	59.91 (45.03)	48.94 (45.43)	−1.83	.068
Bodily pain	50.92 (25.38)	55.13 (22.94)	−1.16	.248	51.30 (24.21)	53.11 (25.98)	−0.46	.647
Social functioning	60.42 (25.54)	68.33 (25.68)	−2.36	.018	68.16 (27.90)	63.56 (29.93)	−1.15	.250
Role-emotional	52.78 (46.05)	54.44 (45.91)	−0.29	.765	59.12 (45.59)	66.66 (42.85)	−1.15	.250
Mental health	52.40 (12.89)	55.47 (11.84)	−2.07	.038	55.02 (12.72)	56.94 (12.01)	−0.65	.519
Vitality	49.33 (19.49)	52.00 (18.55)	−1.42	.155	46.60 (20.93)	49.57 (19.28)	−0.59	.553
General health	54.03 (21.92)	54.93 (21.44)	−0.34	.732	53.82 (17.99)	53.04 (17.42)	−0.18	.855
PCS	44.22 (10.61)	45.59 (9.73)	−0.88	.377	44.91 (9.89)	42.79 (10.54)	−2.06	.039
MCS	37.18 (12.17)	38.76 (11.09)	−1.16	.248	38.92 (12.83)	41.06 (11.49)	−0.53	.597

Note. *n* = number of participants; *M* = mean; *SD* = standard deviation; STAI (S/T) = State-Trait Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory II; ZBI = Zarit Burden Interview; SF-36 = Short Form 36; PCS = physical component summary; MCS = mental component summary.

Table 4

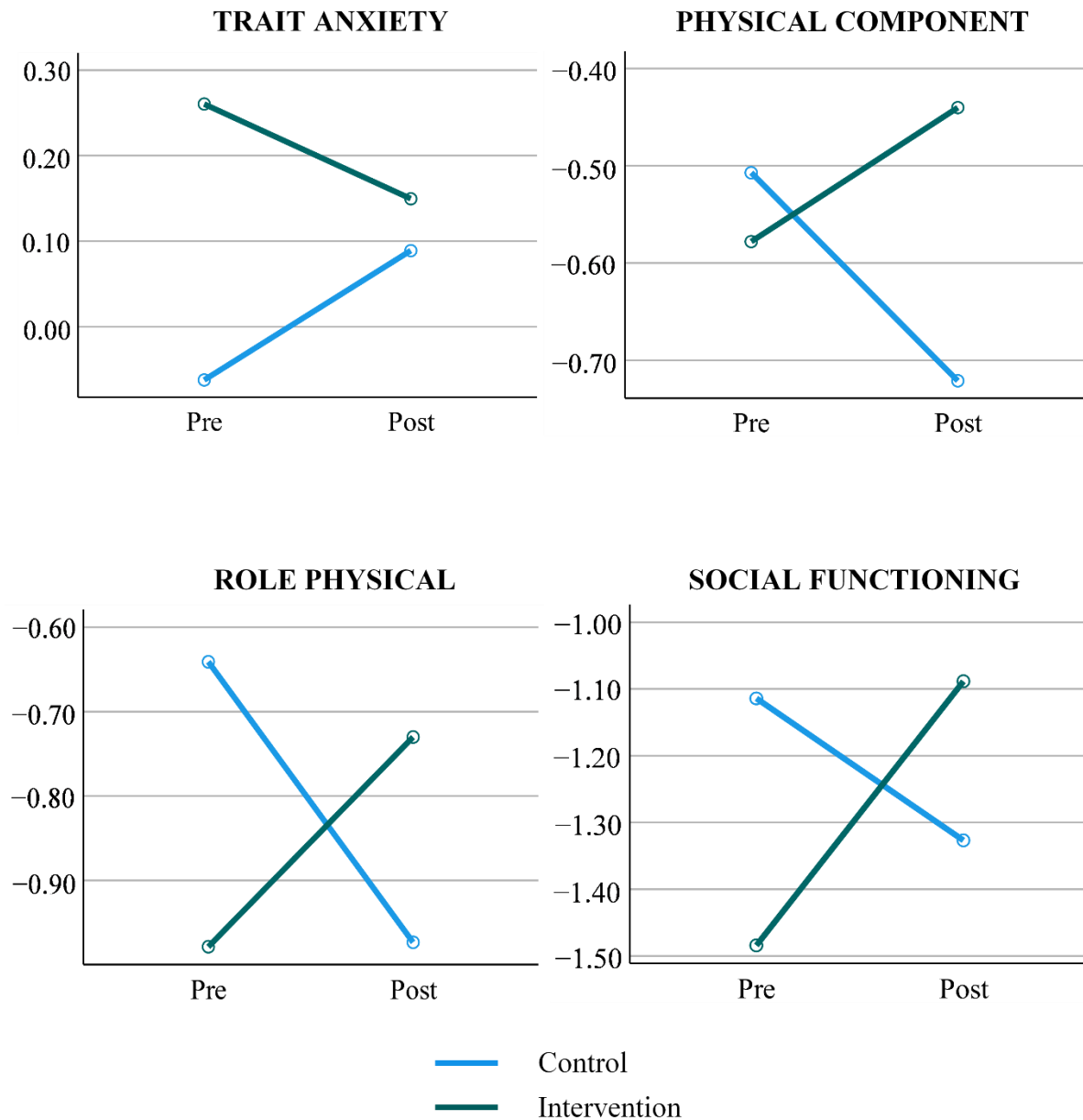
Mixed-model ANOVA results for outcome variables in the interaction of intervention and control group at baseline and follow-up

	Intervention group (<i>n</i> = 60)	Control group (<i>n</i> = 47)	Time x Group		
	<i>M</i> (<i>SE</i>)	<i>M</i> (<i>SE</i>)	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Anxiety – STAI					
STAI-S			0.166	.683	.002
Pre	0.20 (0.12)	-0.02 (0.14)			
Post	0.15 (0.13)	-0.02 (0.14)			
STAI-T			5.433	.022	.05
Pre	0.26 (0.13)	-0.06 (0.14)			
Post	0.15 (0.12)	0.09 (0.14)			
Depression – BDI-II					
Pre	0.04 (0.12)	0.01 (0.13)	2.932	.090	.027
Post	-0.04 (0.13)	0.15 (0.15)			
Burnout – ZBI					
Pre	0.18 (0.12)	0.05 (0.14)	0.009	.923	.000
Post	0.12 (0.13)	-0.00 (0.15)			
HRQoL – SF-36					
Physical functioning			1.132	.290	.011
Pre	-0.41 (0.12)	-0.33 (0.14)			
Post	-0.36 (0.12)	-0.40 (0.13)			
Role-physical			5.589	.020	.051
Pre	-0.98 (0.16)	-0.64 (0.18)			
Post	-0.73 (0.16)	-0.97 (0.18)			
Bodily pain			0.494	.484	.005
Pre	-1.01 (0.12)	-0.97 (0.13)			
Post	-0.86 (0.11)	-0.93 (0.13)			
Social functioning			6.424	.013	.058
Pre	-1.48 (0.17)	-1.11 (0.19)			
Post	-1.09 (0.18)	-1.33 (0.20)			
Role-emotional			0.415	.521	.004
Pre	-1.19 (0.19)	-0.96 (0.22)			
Post	-1.14 (0.19)	-0.73 (0.22)			
Mental health			0.829	.365	.008
Pre	-1.04 (0.08)	-0.87 (0.09)			
Post	-0.89 (0.08)	-0.81 (0.09)			
Vitality			0.231	.632	.002
Pre	-0.79 (0.12)	-0.85 (0.13)			
Post	-0.67 (0.11)	-0.78 (0.13)			
General health			0.219	.641	.002
Pre	-0.64 (0.12)	-0.67 (0.14)			
Post	-0.59 (0.12)	-0.68 (0.13)			
PCS			5.371	.022	.049
Pre	-0.58 (0.13)	-0.51 (0.15)			
Post	-0.44 (0.13)	-0.72 (0.15)			
MCS			0.010	.922	.000
Pre	-1.28 (0.16)	-1.07 (0.18)			
Post	-1.12 (0.15)	-0.89 (0.16)			

Note. *n* = number of participants; *M* = mean; *SD* = standard deviation; STAI (S/T) = State-Trait Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory II; ZBI = Zarit Burden Interview; SF-36 = Short Form 36; PCS = Physical component summary; MCS = Mental component summary.

Figure 2

Significant outcome measures for Group $\times$ Time interactions. Green represents the intervention group and blue represents the control group



Discussion

The aim of the current study was to evaluate the effects of a novel music therapy group-format intervention based on different songwriting approaches among informal caregivers of older adults. Specifically, it examined the effects of the SGMT intervention on outcome

variables related to psychological wellbeing (i.e., anxiety, depression, and subjective burden) and HRQoL between the intervention and control groups. At baseline, the initial comparison of sociodemographic variables revealed no statistically significant differences between these groups, indicating the homogeneity of the sample. This lack of significant differences extended to caregiving-related variables, such as the number of care hours and the level of dependency of the cared-for individual. Further analyses supported this homogeneity on outcome measures.

The findings suggest that the intervention was effective in improving psychological outcomes and certain dimensions of HRQoL among caregivers. The significant reduction in trait anxiety and depression within the intervention group indicates the potential psychological benefits of the intervention. Furthermore, the improvements in social functioning and mental health scores highlight the intervention's positive impact on HRQoL. These results, which were also reported in a previous work (Pérez-Núñez et al., 2024), are strengthened with the current study by the inclusion of the control group. While the intervention group showed the abovementioned improvements, the control group remained stable throughout the 3 months (the period between the two assessment points). The control group did not present significant differences in any of the outcome measures except for deterioration in the PCS. The control group's decline in PCS and lack of improvement in other measures underscores the intervention's relative efficacy. This decline also emphasizes the potential negative effects of continued caregiving without additional support or intervention, possibly exacerbating stress and physical health deterioration over time (Buckinx et al., 2023; Pinquart & Sörensen, 2003).

The interaction between groups, taking into account the different time points, revealed the effects of the intervention. The findings showed a positive impact on the trait anxiety variable and, regarding HRQoL, effects were found on physical role, social functioning, and PCS, with small to medium effect sizes. Regarding the remaining outcome variables, although they showed an improvement in the intervention group, the differences were not found to be

statistically significant over time in comparison with the control group. Moreover, despite there being no significant differences between groups at baseline, it has to be considered that the higher scores of the intervention group at baseline in all the outcome measures could explain the lack of statistical significance shown in some of the inter-group analyses.

In accordance with the present results, it could be affirmed that this novel music therapy intervention based on different songwriting approaches addresses some of the previously reported psychosocial needs of informal caregivers, namely, trait anxiety, social functioning, and physical variables of HRQoL (Buckinx et al., 2023; Pinguart & Sörensen, 2003; Schulz et al., 2020; Schulz & Sherwood, 2008; Stratmann et al., 2021). Although there are no similar controlled clinical trials to compare the results of the present study, other types of studies can be considered. The positive results of the SGMT intervention applied to informal caregivers are consistent with earlier research findings that showed positive changes in decreasing anxiety and fatigue, and improving HRQoL (Choi, 2010; García-Valverde et al., 2020).

Concerning the effects sizes of the intervention found in this study, these are consistent with the previous literature in the topic of music therapy intervention effects. In other studies, moderate effect sizes have been found in anxiety, but small effect sizes have been found in relation to HRQoL (Choi, 2010; García-Valverde et al., 2020), probably because of the complexity and multidimensionality of the construct. Furthermore, variables like anxiety and depression seem to be variables that are presented as more sensitive to change HRQoL (Baker et al., 2018; Choi, 2010; García-Valverde et al., 2020). These small effect sizes that frequently appear on interventions with informal caregivers could be justified because of the great impact of caregiving on a caregiver's life. This situation makes it difficult for interventions not maintained over time to produce high effects (Jütten et al., 2018). In the present study, one factor that could explain the small effect sizes and the nonsignificant differences in the other variables, like depression, is the variability of the sample, as they are informal caregivers of

people with different pathologies. Nevertheless, these studies that found significant differences in depression used less conservative statistics (Baker et al., 2018; García-Valverde et al., 2020).

The intervention also presented a positive effect on social functioning, which is a highly relevant aspect among the needs of informal caregivers (Hajek et al., 2021). However, this finding differs from other relevant studies, where, despite considering social aspects in the analyses, no significant differences were observed when comparing pre- and post-intervention measures. This does not necessarily mean that such changes did not occur, since when the literature review is extended to studies that employed qualitative methodologies, social-related variables are identified within the majority of the thematic analyses. For instance, Baker et al. (2018) reported themes related to a sense of connection and reduction in loneliness. Similarly, García-Valverde et al.'s (2022) study identified a theme about their intervention that generated a sense of connection between group members, including three subthemes: a sense of belonging to a group, empathy and support, and the strength of the group. Furthermore, Klein and Silverman (2012) also found group cohesiveness to be part of the thematic analysis of intervention results.

Considering all of this evidence, it can be concluded that qualitative studies collect the perceived experiences lived during the interventions, finding positive social outcomes. However, when analyzing the literature on intervention effects, this social aspect is not reflected in statistically significant quantitative results. This suggests that the SGMT intervention's benefits extend beyond the intervention period, generalizing improvements in social functioning to a caregivers' everyday life (Stokes & Osnes, 1989). This highlights the importance of employing diverse research methods, as some positive outcomes might be missed or underreported, leading to the misconception of an intervention's effectiveness when information has simply not been adequately collected and analyzed (Bradt, 2012; Warth et al., 2015).

Despite the valuable insights gained from this study, several limitations need to be acknowledged. Firstly, there was a lack of randomization. Due to ethical considerations regarding participant burden and the need to ensure caregiver availability, a randomized controlled trial design was not feasible. Although this approach facilitated efficient participant recruitment and organization, it may have introduced selection bias and limited the generalizability of the findings. Nevertheless, blinding participants helped mitigate some potential biases. Another limitation of this study is the type of control group employed, where participants continued to receive the standard care from the services they usually attend. Ideally, a randomized controlled trial with an active control group, with participants receiving a different but structured intervention, would provide stronger evidence for the intervention's effectiveness. However, the implementation of an active control group was not feasible due to resource constraints. Thirdly, the lack of follow-up data at 3 and 6 months limits the ability to determine if observed positive differences are sustained over time or new differences or effects sizes appears. This study was also limited by the dual role of the researcher, being also the music therapist who conducted the sessions. Another limitation to be pointed out is that despite this study providing results regarding the effects of the intervention, the reasons for this effectiveness were not studied. Finally, the limited availability of comparable studies in the literature makes it challenging to fully understand the significance of our findings.

To address these limitations, future research should explore alternative methodologies to study and understand the mechanisms of change behind these effects or secure additional resources to facilitate the inclusion of improvements in projects similar to the proposed one. Through this study, promising results were shown, and the significant improvements in the intervention group provide evidence for the effectiveness of this novel SGMT intervention, supporting the integration of such programs into regular caregiver support services. Therefore, further investment is necessary to include music therapy interventions and explore additional

research possibilities, such as the inclusion of an active control group. Future research should also consider the long-term effects of the intervention and identify the specific components that are most beneficial. Additionally, studies could investigate whether similar interventions yield comparable benefits in more diverse caregiver populations or in different caregiving contexts.

Conclusions

In summary, this research constitutes a preliminary exploration that provides valuable information on the potential effects of the intervention. It represents a crucial step towards understanding the therapeutic potential of a structured SGMT intervention in supporting the overall wellbeing of informal caregivers of older individuals with dependency. This study highlights the relevance of targeting interventions to informal caregivers and addressing their own needs, implementing music therapy within the services directed to caregivers. The study's results have significant implications for caregiver support programs, highlighting that interventions that focus on reducing anxiety and depression, and enhancing HRQoL, are crucial for supporting caregivers' wellbeing. Furthermore, this SGMT intervention could be replicated and applied not only in the clinical field but also could continue its development through different research studies. Therefore, this study could make a substantial contribution to both the social and scientific international communities.

References

- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., & Diez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x>
- Baker, F. (2015). *Therapeutic Songwriting. Developments in Theory, Methods, and Practice*. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137499233_13
- Baker, F., Stretton-Smith, P., Clark, I. N., Tamplin, J., & Lee, Y.-E. C. (2018). A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. *Frontiers in Medicine*, 5. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00151>
- Baker, F., & Yeates, S. (2018). Carers' experiences of group therapeutic songwriting: An interpretive phenomenological analysis. *British Journal of Music Therapy*, 32(1), 8–17. <https://doi.org/10.1177/1359457517728914>
- Barbabella, F., Poli, A., Santini, S., & Lamura, G. (2018). The role of informal caregivers in long-term care for older people. In T. Boll, D. Ferring, & J. Valsiner (Eds.), *Cultures of care in aging*. Information Age Publishing.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Berger, G., Bernhardt, T., Schramm, U., Müller, R., Landsiedel-Anders, S., Peters, J., Kratzsch, T., & Frolich, L. (2004). No effects of a combination of caregivers support group and memory training/music therapy in dementia patients from a memory clinic population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 223–231. <https://doi.org/10.1002/gps.1055>

- Bradt, J. (2012). Randomized Controlled Trials in Music Therapy: Guidelines for Design and Implementation. *Journal of Music Therapy*, 49(2), 120–149. <https://doi.org/10.1093/jmt/49.2.120>
- Brault, A., & Vaillancourt, G. (2022). Group Telehealth Music Therapy With Caregivers: A Qualitative Inquiry. *Journal of Patient Experience*, 9, 237437352211072. <https://doi.org/10.1177/23743735221107241>
- Brodaty, H. (2007). Meaning and measurement of caregiver outcomes. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 363–381. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005182>
- Buckinx, F., Adam, S., Aubertin-Leheudre, M., De Saint Hubert, M., Mouton, A., Potier, F., Reginster, J.-Y., & Bruyere, O. (2023). Quality of Life and Health Determinants of Informal Caregivers Aged 65 Years and Over. *Epidemiologia*, 4(4), 464–482. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia4040039>
- Cermak, A. M. (2005). *Effect of Music Therapy and Songwriting in Anxiety, Depression and Quality of Life in Cancer Patients and Their Families as Measured by Self-Report*. <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:182196>
- Choi, Y. K. (2010). The Effect of Music and Progressive Muscle Relaxation on Anxiety, Fatigue, and Quality of Life in Family Caregivers of Hospice Patients. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 53–69. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.1.53>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127–137. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es
- Dvorak, A. L. (2015). Music Therapy Support Groups for Cancer Patients and Caregivers: A Mixed-Methods Approach. *Canadian Journal of Music Therapy*, 21, 69–105.

- Ferguson, R. M. (2006). *Effect of Music Therapy Songwriting on the Identification and Utilization of Short-Term Coping Strategies by Caregivers of Loved Ones with Alzheimer's Disease*. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-4478
- García-Valverde, E., Badia, M., & Orgaz, M. B. (2022). Self-care and creativity: A group therapeutic songwriting intervention protocol for caregivers of people with dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 31(4), 327–343. <https://doi.org/10.1080/08098131.2021.1998197>
- García-Valverde, E., Badia, M., Orgaz, M. B., & González-Ingelmo, E. (2020). The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: An exploratory study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(1), 4–19. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1630666>
- Gillespie, K., McConnell, T., Roulston, A., Potvin, N., Ghiglieri, C., Gadde, I., Anderson, M., Kirkwood, J., Thomas, D., Roche, L., O'Sullivan, M., McCullagh, A., & Graham-Wisener, L. (2024). Music therapy for supporting informal carers of adults with life-threatening illness pre- and post-bereavement; a mixed-methods systematic review. *BMC Palliative Care*, 23(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01364-z>
- Gök Ugur, H., Orak, O. S., Yaman Aktas, Y., Enginyurt, O., & Sağlambilen, O. (2019). Effects of Music Therapy on the Care Burden of In-Home Caregivers and Physiological Parameters of Their In-Home Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Medicine Research*, 26(1), 22–30. <https://doi.org/10.1159/000490348>
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510–515. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925025>

- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H.-H. (2021). Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>
- Jones, C. (2022). Spotlight on carers. *International Psychogeriatrics*, 34(9), 775–777. <https://doi.org/10.1017/S104161022100048X>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., Wicherts, J. M., & Sitskoorn, M. M. (2018). The Effectiveness of Psychosocial and Behavioral Interventions for Informal Dementia Caregivers: Meta-Analyses and Meta-Regressions. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(1), 149–172. <https://doi.org/10.3233/JAD-180508>
- Klein, C. M., & Silverman, M. J. (2012). With Love From Me to Me: Using Songwriting to Teach Coping Skills to Caregivers of Those With Alzheimer's and Other Dementias. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/15401383.2012.685010>
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2016). Families Caring for an Aging America. In R. Schulz & J. Eden (Eds.), *Families Caring for an Aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>
- Okamoto, M. (2005). *The Effects of Music Therapy Interventions on Grief and Spirituality of Family Members of Patients in A Hospice Setting*. <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:180515>

- Pérez-Núñez, P., O’Callaghan, C., López-Paz, J. F., Ruiz de Lazcano, A., Rodríguez, A. A., & Amayra, I. (2024). Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study. *Frontiers in Psychology, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1334875>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Qualls, S. H. (2016). Caregiving families within the long-term services and support system for older adults. *American Psychologist, 71*(4), 283–293. <https://doi.org/10.1037/a0040252>
- Ramírez, V. J. A., Ramos del Río, B., Enrique Rojas Russell, M. E. R., & López, C. G. F. (2008). Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers. *Psicología y Salud, 18*(2), 237–245. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/665/1168>
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist, 55*(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Sanz, J., Luis, A., Carmelo, P., & Resumen, V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249–280. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study. *The Gerontologist, 54*(4), 634–650. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt100>

- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual Review of Psychology*, 71(1), 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Sousa, L., Gemito, L., Ferreira, R., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Programs Addressed to Family Caregivers/Informal Caregivers Needs: Systematic Review Protocol. *Journal of personalized medicine*, 12, 145. <https://doi.org/10.3390/jpm12020145>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.
- Steiner, A. C. (2019). The Effects of a Single Music-Assisted Mindfulness Relaxation (MAMR) and Psychoeducation Session with Electronic Resource on Wellbeing of Informal Caregivers [Doctoral thesis, Florida State University]. In *ProQuest Dissertations and Theses*. http://purl.flvc.org/fsu/fd/2019_Summer_Steiner_fsu_0071E_15342
- Steiner-Brett, A. C. (2023). The use of music therapy to address psychosocial needs of informal caregivers: An integrative review. *The Arts in Psychotherapy*, 84, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102036>
- Stokes, T. F., & Osnes, P. G. (1989). An operant pursuit of generalization. *Behavior Therapy*, 20(3), 337–355. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80054-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80054-1)
- Stratmann, M., Forsell, Y., Möller, J., & Liang, Y. (2021). Informal care and the impact on depression and anxiety among Swedish adults: a population-based cohort study. *BMC Public Health*, 21(1), 1263. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11246-1>

- Sun, Y., Ji, M., Leng, M., Li, X., Zhang, X., & Wang, Z. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104204>
- Tamplin, J., Morris, M. E., Marigliani, C., Baker, F. A., Noffs, G., & Vogel, A. P. (2020). ParkinSong: Outcomes of a 12-Month Controlled Trial of Therapeutic Singing Groups in Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 10(3), 1217–1230. <https://doi.org/10.3233/JPD-191838>
- Valero-Cantero, I., Casals, C., Espinar-Toledo, M., Barón-López, F. J., García-Agua Soler, N., & Vázquez-Sánchez, M. Á. (2023). Effects of Music on the Quality of Life of Family Caregivers of Terminal Cancer Patients: A Randomised Controlled Trial. *Healthcare*, 11(14), 1985. <https://doi.org/10.3390/healthcare11141985>
- Vandepitte, S., van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929–965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>
- Ware Jr., J. E. (1999). SF-36 Health Survey. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 2nd ed. (pp. 1227–1246). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Warth, M., Kessler, J., Koenig, J., Hillecke, T. K., Wormit, A. F., & Bardenheuer, H. J. (2015). Methodological challenges for music therapy controlled clinical trials in palliative care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 344–371. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.987803>

- Whitford, K. J., Ulrich, A. M., Larsen, B. E., Phelps, C. M., Siska, M. J., Bigelow, M. L., Dockter, T. J., Wood, C., Walton, M. P., Stelpflug, A. J., & Lapid, M. I. (2023). Music Therapy Intervention to Reduce Caregiver Distress at End of Life: A Feasibility Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), e417–e423. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.009>
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. In F. Baker & T. Wigram (Eds.), *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy (WFMT). (2011). *Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy*. <https://www.wfmt.info/post/announcing-wfmnts-new-definition-of-music-therapy>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

4.2. Estudio II

“Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study”

Paula Pérez-Núñez*, Clare O ‘Callaghan, Juan Francisco López-Paz, Aitana Ruiz de Lazcano, Alicia Aurora Rodríguez and Imanol Amayra.

Abstract

Informal caregivers of elderly people with dependency (EPD) provide intensive care that can affect their quality of life (QoL). Psychosocial interventions such as music therapy are important to work on their self-care. The aim of this study is to analyze, with a mixed method approach, the experience of participating in a Songwriting Group Music Therapy (SGMT) intervention on informal caregivers of EPD. A total of 11 groups, with a convenience sample of 61 caregivers, received 10 SGMT sessions. Quantitative information related to QoL variables (anxiety, depression, spirituality, burden, and coping) was collected before and after the intervention and at 3 months of follow-up. Regarding qualitative data, an open-ended question about the experience of participating was asked. Significant changes were shown, sustained over time, in trait anxiety and depression and subscales including inner peace, social functioning, and mental health. Three themes were generated from the thematic analysis, including that SGMT participation can enhance personal growth, bring out and enable work on emotions, and promote helpful interpersonal dynamics. The findings indicate that SGMT is a useful intervention for informal caregivers of EPD, promoting psychological adjustment, enhanced coping, emotional regulation, and social support. This study reinforces the findings with caregivers of other populations, providing new results and highlighting the benefits of SGMT for caregivers of EPD.

Keywords: informal caregivers, mixed methods, quality of life, psychological adjustment, Songwriting Group Music Therapy

Introduction

Due to the ageing of the population, there has been an increase in the number of elderly people with dependency (EPD) who require health and social resources involving all care areas (World Health Organization [WHO], 2011). Dependency can be described as the difficulty in performing activities of daily living autonomously, requiring the help of a third person (Diyanto et al., 2016; Salvador-Carulla et al., 2010), being an impact factor in the quality of life (QoL) not only for the EPD but also for the caregiver (Millán-Calenti et al., 2010). Therefore, the care provided to EPD extends beyond the patient to support families and relatives due to the emotional impact of the situation (Belletti et al., 2011). It is at this point where the main informal caregiver emerges, understood as the person who assumes the responsibility of helping with the basic and instrumental needs of the dependent family member's daily life, without financial remuneration (Goodhead & McDonald, 2007; López Gil et al., 2009). The burden of caregiving can be divided into objective burden, referring to the economic impact and the time spent on daily care, and subjective burden related to the emotional responses arising from caregiving (Alves et al., 2019).

Adopting the role of informal caregiver is a major and usually stressful change in one's lifestyle, which can lead to negative impacts on health and QoL. Caregiving has been linked to a worsening of the caregiver's physical and mental health (Bom et al., 2018; Pinquart & Sörensen, 2003; Pot et al., 1997; Schulz et al., 1990, 1995, 1997; Verbakel et al., 2016). Symptomatology often includes depression, anxiety, sleep disturbances, fatigue and impaired social relationships (S. Choi & Seo, 2019; Espinoza-Salgado et al., 1970; Oechsle et al., 2020; Perpiñá-Galvañ et al., 2019). Prolonged exposure to caregiving can result in the persistence of these symptoms, potentially leading individuals to experience burnout (De Valle-Alonso et al., 2015). The risk factors that heighten the probability of suffering this syndrome are related to greater needs of the care receiver, being a spouse, and when caregivers are more cognitively

impaired, have more physical symptoms, and are at risk for clinical depression (Beach et al., 2005). Studies therefore need to examine potential support interventions for informal caregivers, including those aimed at promoting self-care (Dueñas, 2022).

One of those supports are the psychosocial interventions, which are focused on psychological or social actions that generate changes in psychological, social, biological and/or functional outcomes, with an emphasis on the construction of mediators (England et al., 2015). These types of interventions allow caregivers' self-care and could focus on strengthening resilience, supporting spiritual well-being, self-compassion and appropriate coping strategies, as mediators to improve QoL and well-being (Espinoza-Salgado et al., 1970; Giesbrecht et al., 2015; Weisser et al., 2015). Advances in psychosocial interventions are a very important part of care to provide a more holistic intervention (Ahn et al., 2020; Warth, Kessler, et al., 2019). One non-pharmacological treatment and complementary therapy based on creative arts is music therapy (Belletti et al., 2011; E. J. Kim et al., 2020; Warth, Kessler, et al., 2019; Warth, Koehler, et al., 2019). The World Federation of Music Therapy (WFMT, 2011) defines it as the use of music and/or its elements by a qualified music therapist, with a patient or group, in a process intended to facilitate and promote relevant therapeutic goals, in order to assist physical, psychological, social, and cognitive needs. Although there are different approaches to understanding music therapy, there are certain similarities in the different definitions, mainly the presence of three indispensable elements: the music, the patient, and the music therapist (Wigram et al., 2002).

The objectives of music therapy are flexible, adapting to the needs of individuals, having in common the improvement of their well-being. One of the techniques in music therapy that allows to achieve these objectives is the therapeutic songwriting, defined as “the process of creating, notating, and/or recording lyrics and music within a therapeutic relationship to address psychosocial, emotional, cognitive, and communicative needs of a client or group of

clients” (Baker, 2015). Songs are a way through which you can explore emotions, expressing who you are and how you feel, thusly songwriting presents several strengths (Wigram & Baker, 2005). In this sense, Baker (2015), after an inductive analysis, affirmed that this technique involves a therapeutic process, being a medium for emotional expression and a social activity, while transforming the songwriter’s environment.

Considering that the needs of informal caregivers are mainly focused on emotional and social dimensions, songwriting is a very appropriate technique. In the few existing studies about music therapy and informal caregivers, songwriting is the most used technique. The studies focussed on the applications of music therapy in group formats with informal caregivers have shown a positive impact on QoL (Brault & Vaillancourt, 2022; Brotons & Marti, 2003; Y. K. Choi, 2010; Clair, 2002; Clair et al., 1993; Clark et al., 2020; Denk, 2023; García-Valverde et al., 2020; Gok Ugur et al., 2019; B. Kim & Dvorak, 2018; Magill, 2009; Potvin et al., 2018; Valero-Cantero et al., 2020; Whitford et al., 2023a; Wilhelm & Wilhelm, 2020). However, most studies focus the intervention on the caregiver and cared-for person dyad. Focus on music therapy interventions for caregivers only is an important gap, because informal caregivers have individual needs outside of caregiving and this means that self-care and caregiving overload are not addressed. Further, music therapy caregiver research tends to focus only on caregivers of people with dementia or receiving palliative care (Steiner-Brett, 2023). Given the positive findings from these investigations in various domains, it is worthwhile to investigate the potential impact of music therapy on informal caregivers of EPD, as there is currently a lack of research in this specific area. Furthermore, to truly understand the benefits of music therapy for caregivers, it is relevant to include not only quantitative information but also the perceptions of the participants as a necessity in the evaluation of health outcomes. Quantitative research uses closed-ended researcher-created measures to examine what is

important to researchers, whereas qualitative research is also needed to understand what participants consider is important (Steiner-Brett, 2023).

This study aims to analyse, with a mixed method approach, the experience of participating in a Songwriting Group Music Therapy (SGMT) intervention on informal caregivers of EPD.

The specific objectives are:

- a) to examine the perception of SGMT experiences of informal caregivers of EPD.
- b) to analyse the changes on caregivers' anxiety, depression, burden and perceived health, as well as on caregivers' spirituality and coping strategies before, immediately following and 3 months later of the SGMT intervention.
- c) to determine and understand the impact of the SGMT intervention on the QoL of caregivers and their caregiving situation.

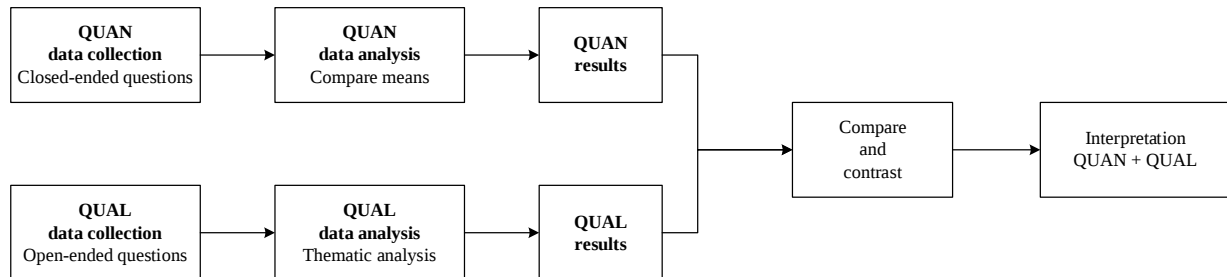
Methods

Design

A mixed methods design was used to analyse caregivers' experience of participating in a 10 session SGMT program while caring for EPD. Mixed methods research aligns with the pragmatic worldview which is not committed to one system of philosophy or reality and is real-world practice oriented (Creswell & Creswell, 2018). The mixed method type used was the Convergent Design, through which quantitative and qualitative data were collected concurrently and findings then converged (Figure 1) (Creswell & Creswell, 2018). Closed and open-ended questions were used to deeply explore caregivers' music therapy experience.

Figure 1

Convergent Mixed Methods Design



Note: QUAN: quantitative; QUAL: qualitative

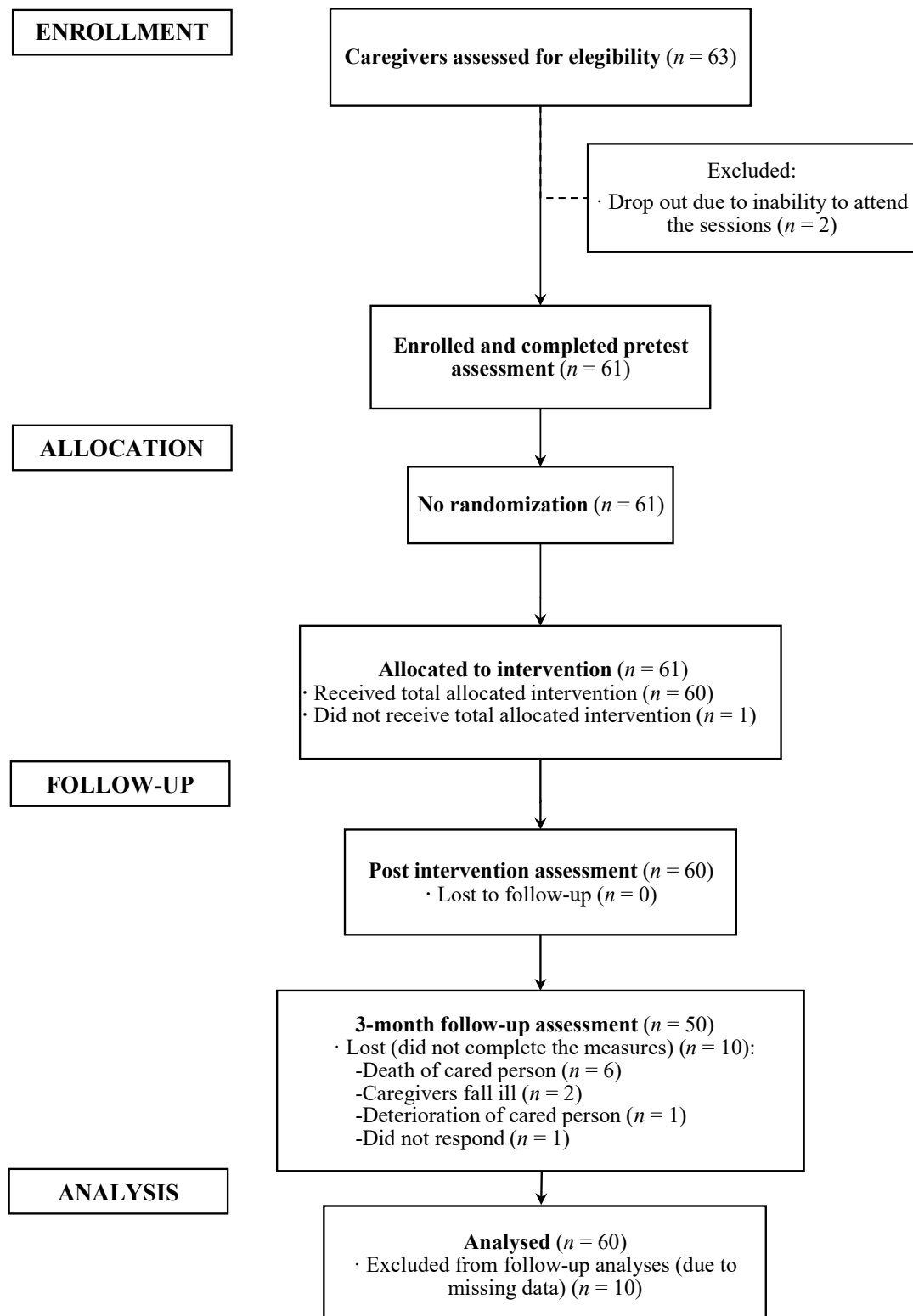
Participants

A convenience sampling method was carried out. Caregivers were contacted through the different municipal services and programmes offered to support the needs of informal caregivers in Bizkaia, Spain. Participants were included in the sample if they met the following criteria: (a) the main informal caregiver of an elderly dependant; (b) the dependant person was over 60 years of age; (c) at least 18 years of age; and (d) signed the informed consent form accepting the assessment and intervention. Exclusion criteria were: (a) not residing in Spain; (b) under 18 years; (c) had uncompensated sensory and/or cognitive deficits that prevented response to the assessment; (d) illiteracy; and (e) a diagnosis of any severe or serious mental illness.

A total of 63 caregivers expressed interest in participating in the music therapy program, completing the pre-intervention assessment. A total of 61 people participated. Eleven 10-session SGMT programs were conducted with 4-to-7 people in each group. After one participant abandoned the intervention, the final sample consisted of 60 participants in the pre and post assessment phases, and 50 in the follow-up assessment phase. Figure 2 presents the study flow as per the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT; Bennett, 2005).

Figure 2

CONSORT flowchart of the participants



In relation to the sociodemographic variables, the intervention group of 60 caregivers included 54 women (90%) and 6 men (10%), aged between 42 and 86 years (66.27 ± 9.827). In relation to kinship, the caregivers were 27 sons/daughters, 26 spouses/partners, 4 siblings and 3 had another type of relationship. Table 1, shows the sociodemographic of the 60 caregivers that participated in this study.

Table 1

Sociodemographic characteristics of the caregivers

Sociodemographic variables		<i>N (%)</i> <i>n = 60</i>
Marital Status	Married	40 (66.7%)
	Living as a couple	5 (8.3%)
	Divorced	3 (5%)
	Separated	2 (3.3%)
	Single	6 (10%)
	Widow/er	4 (6.7%)
Educational Level*	Less than basic	8 (13.3%)
	Basic	28 (46.7%)
	Intermediate	16 (26.7%)
	Advanced	8 (13.3%)
Occupation	Employed	11 (18.3%)
	Unemployed	7 (11.7%)
	Retired	26 (43.3%)
	Housework	13 (21.7%)
	Other	3 (5%)
Urbanity Level	Urban	25 (41.7%)
	Intermediate	26 (43.3%)
	Rural	9 (15%)
Children	Yes	50 (83.3%)
	No	10(16.7%)

Note. * reported as the International Standard Classification of Education

Instruments

Sociodemographic, caregiving data and experience of SGMT

A 35-item ad hoc questionnaire was used to collect the participants' sociodemographic and caregiving data. Sociodemographic items included age, gender, marital status, academic level, occupation, urbanity level, having children and caregiving context (relation to EPD). Caregiver satisfaction and experience of participating in the sessions was examined via an open-ended question used in a previous music therapy oncology study, which included participants who were visiting patients in a cancer hospital: "Some people say music therapy doesn't do much for them at all, while other people say that music therapy helps them a great deal. Can you please describe what music therapy did for you during your process?" (O'Callaghan & McDermott, 2004).

Caregiver's overload

Zarit Burden Interview – ZBI (Zarit et al., 1980) was used to assess the level of subjective burden experienced by informal caregivers providing care to patients with various medical conditions. The instrument consists of 22 items, that cover different aspects of caregiver burden, rated on a 5-point Likert scale, where higher scores indicate greater burnout. The Spanish version has been shown to have a good internal consistency (Cronbach's alpha .90) (Ramírez et al., 2008). A Cronbach's alpha coefficient of .88 was obtained in this study.

Health related quality of life (HRQoL)

The Short Form 36 (SF-36) (Ware Jr., 1999) is a questionnaire designed to assess individual's perception of their overall health and well-being across various physical and mental health domains. It measures HRQoL in both clinical practice and research settings and it consists of 36 items, each of them scored on Likert-type scales with response options ranging from 2 to 6 points, depending on the specific item. It presents eight multi-item scales, which are further categorized into two summary measures: Physical Component Summary (PCS) and

Mental Component Summary (MCS). The eight scales are: physical functioning, role limitations due to physical problems (role-physical), bodily pain, general health, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems (role-emotional), and mental health. Higher scores on each scale and summary measure indicate better HRQoL. In relation to psychometric properties of the Spanish version of the SF-36, a study reported good internal consistency, with a Cronbach's alpha of between .70 and .90 in all dimensions of the SF-36 (Ayuso-Mateos et al., 1999). The Cronbach's alpha coefficient in this study was .93.

Anxiety

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1970) has two subscales and each subscale has 20 items. The first subscale measures State Anxiety (S-STAI), which assesses how an individual feels at the moment. The second subscale evaluates Trait Anxiety (T-STAI) indicates how one feels generally. Item scores range from 0 to 3 points, and the total score ranges from 0 to 60, with higher scores indicating greater anxiety. The Spanish version of the STAI demonstrated good psychometric properties, with a Cronbach alpha reliability of .90 for T-STAI and of .94 for S-STAI (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). In the current study, the Cronbach's alpha coefficient was .91 for T-STAI and .95 for S-STAI.

Depression

The Beck's Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996) is a 21-item self-report scale designed to detect and assess the severity of depression. Each item is rated on a 4-point Likert-type scale ranging from 0 to 3, based on the severity over the last two weeks. The total score ranges from 0 to 63, with higher scores indicating more severe depressive symptoms. The Spanish psychometric properties show a .89 Cronbach alpha (Sanz et al., 2003). The present study obtained a Cronbach's alpha coefficient of .90.

Spirituality

The instrument World Health Organization Quality of Life about Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB) (World Health Organization, 2002) consists of 32 items. This assessment tool evaluates eight facets of SRPB that are: a) connectedness to a spiritual being or force; b) meaning of life; c) awe; d) wholeness and integration; e) spiritual strength; f) inner peace/serenity/harmony; g) hope and optimism; and h) faith. Each item is answered by 5-point Likert format, from 1 (“not at all”) to 5 (“completely”), where higher scores indicate greater use of that domain of spirituality. The questionnaire design allows it to be administered to individuals with differing ranges of spiritual, religious and/or personal beliefs. The Spanish version of the questionnaire has presented a good internal consistency with .90 alpha Cronbach (Lucas-Carrasco, 2012). In this study de Cronbach’s alpha coefficient was .97.

Cope strategies

The Brief-COPE (Carver, 1997) is a 28-item self-reported questionnaire developed to assess different forms of stress response. It consists of 14 subscales of two items each, where the response is with an ordinal scale with four alternatives (from 0 to 3), ranging from "I never do this" to "I always do this". In this case, internal consistency analysis is not recommended for two-item subscales (Morán et al., 2010).

Procedure

Data collection

Prior to the data collection, the University of Deusto Research Ethics Committee approved the research (Ref: ETK-42/20-21), which was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. The trial was registered in clinicaltrials.gov (NCT06028815). Eight different social and health services offered to caregivers of EPD in Bizkaia, Spain, were contacted and asked if the first author could describe the project to the service’s psychologists.

All centres agreed that the first author could try and recruit participants at their service by providing an informative talk about the project to the caregivers. Those who agreed to participated signed informed consent forms and provided contact details to the first author. The groups were formed by convenience, according to the number of people interested in each of the services. The reference criteria used to define the groups was that there should be a minimum of 4 people and a maximum of 7 per group. If there were more than 7 people interested in a service, two groups were formed.

Once the groups were defined, each caregiver received the initial assessment via email, sent by the first author, which entailed a self-administered survey through the “Qualtrics” software, a virtual platform, accessed through a personal link. This assessment included sociodemographic and caregiving data questions, and all earlier mentioned measurement instruments. The contact details of the researcher were provided in the informed consent form in case of any questions arose during the completion of the survey. Anticipated pre-intervention survey completion duration was approximately one hour. Caregivers then proceeded to begin the ten sessions intervention. One week after the end of the intervention, they were invited to complete the same survey again, with an additional open-ended satisfaction question in which they were asked to write about their experience of the SGMT intervention. Three months after the second intervention period, the participating caregivers were contacted for the last assessment, which again used the same survey format, excluding the experience of SGMT question.

SGMT program intervention

The intervention was carried out in a small group format (4-7 people), with a weekly frequency and a duration of approximately one hour per session. A total of 10 sessions were held with each group. Although the intervention was carried out in different centres, all of them had a room with similar characteristics, with low reverberation, and good ventilation and

lighting. In addition, the rooms were practically empty, and without decoration, to include the instruments and chairs to sit on. Every group session was conducted by a trained music therapist who is also a trained psychologist. All groups received the same intervention protocol, with therapeutic songwriting being the main technique used. Other music therapy techniques were used through the sessions in order to prepare for or close the songwriting activity. These secondary techniques were clinical improvisation (Wigram, 2004) and receptive techniques (e.g. relaxation, listening and discussion of meaningful songs, listening for image evocation) (Grocke & Wigram, 2008).

The SGMT program intervention was based on two theoretical models: Fiorini, the “creating psyche” model (Fiorini, 2007) and the Priestley “Analytical oriented music therapy” (AOM) model (Wigram et al., 2002). The Fiorini model represents the processes of this SGMT intervention groups, where a safe space of “the possible” has been offered, potentiating arising inner conflicts and movement to personal growth. This model was reflected through the different songwriting processes, where we: (a) started from “the given” (personal or group problematic situation or known song); (b) faced the task of songwriting that could be regarded as “impossible” with blockages and emotions such as fear, uncertainty and insecurity; and (c) created a real and tangible “possible” which was the composition itself, offering caregivers the experience of managing to overcome “the impossible” and to experience personal growth.

The program was also based on AOM, an extension of what was previously known as Analytical Music Therapy. However, this new perspective is not only based on psychoanalytical theories, but is also based on communication theories and psychosocial components involved in the development of individual's personality. AOM involves periods of verbal and musical interaction, seeking the balance between verbal and musical communication. Although this is an improvisation model, in this program intervention we adapted it to the use of songwriting which also combines language and music. Furthermore,

this model is particularly applicable to the SGMT program intervention since the target population is verbal, as they are adult-elderly people who have been communicating verbally for 50-60 years and do not have cognitive difficulties. The music therapeutic process itself will consist of transferring the main communication from verbal to musical, from music in therapy to music as therapy. Songwriting encompasses verbal processing and communication of important issues as lyrics are generated, and musical expression and communication as music creation can symbolically express significant intrapsychic phenomena (Wigram et al., 2002).

The objectives and procedure of the SGMT program, as outlined in Table 2, were divided into three different phases: Phase 1- “Getting to know each other”; Phase 2- “Sharing and Creating”; and Phase 3- “Saying goodbye”. Each phase has specific therapeutic objectives, which were achieved by using the main technique (songwriting) as a facilitator. The therapeutic process that emerged was understood as a dynamic and sequential procedure, being possible to reduce the directionality and structure of the sessions as the process progressed. Considering that one of the strengths of songwriting is its versatility, three methods of songwriting were carried out during the 10 sessions depending on the phase.

Table 2

Session content

Phase 1 (Sessions 1-3) <i>Group Parody Songwriting</i>	Phase 2 (Sessions 4-7) <i>Individual Parody Songwriting</i>	Phase 3 (Sessions 8-10) <i>Group Original Songwriting</i>
Objectives:	Objectives:	Objectives:
○ Detect expectations and needs. ○ To create a link between therapist-caregivers, caregiver-caregiver, caregivers-music. ○ To facilitate communication between the members of the group.	○ To deepen and work on the individual goals of the caregivers. ○ To strengthen and reinforce group cohesion. ○ To facilitate the autonomy of the group.	○ To prepare the group for the closing of the process ○ To encourage the emotional expression of what has been lived and experienced in order to elaborate on what has been worked on in the sessions.

Phase 1 started with the Group Song Parody, as an introduction to songwriting, where the group chose a traditional song (e.g. “La Bamba” or “La cucaracha”). This first songwriting provided more structure thanks to the choice of well-known music and the group format, with the music therapist being more directive. The lyrics were composed from words that answered the question "What do you expect from music therapy sessions?"

In the second phase, the same method was used but in an individual format, favouring the expression of individual needs, supported by the group. The parodied song in the second songwriting was chosen by each caregiver, and had to be meaningful for them. In order to make the Individual Song Parody they had to answer two questions: “To whom do you want to write?” and, “What do you want to say to that person?”

Finally, when the group was already cohesive, it was possible to use the Group Original Songwriting, being completely autonomous and able to create without structure or direction from the music therapist. In this case, the music therapist offered them a known structure (ABABCB form), where A are verses, B is the chorus, and C is a bridge. In order to create the music, caregivers chose instruments and musical parameters (such as pitch, intensity and timbre). With this information, the music therapist created a base with the guitar (Baker, 2015).

In relation to the music performed during the songwriting, on the group ones (1 and 3) all of the caregivers sang and played instruments once the songwriting was composed. Regarding the second songwriting, the caregiver who shared the individual composition with the group, decided the role of the music (putting the parodied song, singing a cappella, with or without instruments), and how was the participation of the group members would proceed (singing with the caregiver, playing instruments or just listening).

Statistical analyses

Quantitative analyses

Descriptive statistics were used to describe the participants. The SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 27 program was used to perform analyses on the quantifiable survey data. The continuous variables were described by mean and standard deviation, and the categorical variables by frequency and percentage. Regarding the clinical variables, the global scores were calculated. For the SF-36, the syntax provided by the authors of the instrument was applied. The adjustment to the normal distribution of the sample was analysed for each of the variables studied, using the Kolmogorov–Smirnov test. Most variables did not have a normal distribution because the coefficient (K-S) was significant ($p < .05$). In order to verify the change between the pre-test, post-test, and 3 months follow-up measures the non-parametric test of Wilcoxon's difference in medians was used, setting a value of $p < .05$ when statistically significant differences occurred between these measures.

Qualitative analyses

Open-ended survey response data was written by participants in Spanish and translated by the bi-lingual (Spanish and English) first author into English. A second professional, expert in the English language and an experienced qualitative researcher, reviewed and confirmed the translation. The main reasons for this translation were that both of the researchers that participated in the qualitative inter-rater reliability procedures spoke English while only one spoke Spanish, and because the quotes of the caregivers could be included as part of the results in this English language journal. Thematic analysis was conducted on this data, using selected strategies from grounded theory, including comparative, iterative, and predominantly inductive analysis. The “Strauss” approach to grounded theory supports using selected grounded theory procedures to generate themes (Strauss & Corbin, 1990). A qualitative interrater reliability

procedure was also employed wherein two researchers were involved in the data analysis (Kitto et al., 2008).

Initial data analysis involved the first author (PPN) creating and applying a code (label) or codes that characterized the meaning of each participant's response. CO (second author), an experienced qualitative researcher, then examined all the data and PPN's coding. PPN and CO discussed coding inconsistencies until mutually agreeing on the set of codes. Coded segments were compared by PPN with other coded segments to determine similarities and differences. Similar coded segments were grouped under researcher-created categories (researcher-created labels representing comparable code groups). CO then examined PPN's categories and the two researchers continued to discuss comparable and different interpretations of the categories until reaching agreement. PPN then compared and contrasted the categories and similar categories were grouped together under researcher-created themes (labels representing comparable category and code groups). CO then examined PPN's themes and the two researchers continued to discuss comparable and different interpretations of the themes until reaching agreement on the final representation of findings. ATLAS.ti 22 (PPN) and ATLAS.ti 9 (CO) qualitative data management software for Windows was also employed.

Results

Quantitative results

Firstly, a Wilcoxon analysis was conducted in order to define pre and immediate post differences. Statistically significant outcomes are presented in Table 3. A moderate effect size was observed in two total scores (STAI-T and BDI-II) and three sub-scores. Although all other analyses indicated no statistically significant differences between pre and immediate post measures, the post-test means were higher than the pre-test means on the other subscales of SF-36 and SRPB, and lower on STAI-S and Zarit (Supplementary table 1; Appendix 8.3.).

Table 3*Significant results between the overall pre-post intervention measures*

Scale	Pre (n=60) M(SD)	Post (n=60) M(SD)	Z	p	r
STAI-T	28.68(10.37)	25.95(9.14)	-3.258	.001	-.297**
BDI-II	14.10(9.15)	11.9(8.4)	-2.562	.010	-.234*
WHOQOL-SRPB					
Inner Peace	2.68(.75)	2.88(.79)	2.220	.026	.203*
SF-36					
Social functioning	60.42(25.54)	68.33(25.67)	-2.364	.018	-.216*
Mental health	52.40(12.90)	55.47(11.84)	-2.072	.038	-.189*

Note. M, mean; SD, standard deviation; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$; r, correlation biserial

Another analysis was made to determine if there were differences between the immediate post and the 3-month follow-up measures. The statistically significant difference was decreased trait anxiety ($Z = -2.035$, $p = .042$, $r = -.19$).

The last analysis carried out was between the pre and 3-month follow-up measures, and statistically significant outcomes are presented in Table 4. A moderate effect size was observed in four total scores (STAI-T, STAI-S, BDI-II and Zarit) and five sub-scores. The effect size was moderate. No more significant differences were found for the other outcomes, but the means were higher on other subscales of SF-36 and SRPB (Supplementary table 2; Appendix 8.3.).

Table 4*Significant results between the overall pre-intervention and follow-up measures*

Scale	Pre (n=60) M(SD)	Follow-up (n=50) M(SD)	Z	p	r
STAI-S	29.58(11.75)	26.06(12.51)	-2.633	.008	-.24*
STAI-T	28.68(10.37)	24.52(10.25)	-3.258	.001	-.30**
BDI-II	14.10(9.15)	12.34(9.68)	-2.275	.023	-.21*
ZARIT	59.68(14.45)	56.06(16.23)	-2.077	.038	-.19*
WHOQOL-SRPB					
Whole	2.8(.79)	3.02(.80)	-2.196	.028	-.20*
Inner Peace	2.68(.75)	2.92(.78)	-2.557	.011	-.23*
SF-36					
Standardized mental component	37.18(12.17)	39.32(11.87)	-1.955	.051	-.18*
Social functioning	60.42(25.54)	66.00(25.76)	-2.129	.033	-.19*
Bodily pain	50.92(25.38)	58.52(24.89)	-2.010	.044	-.18*

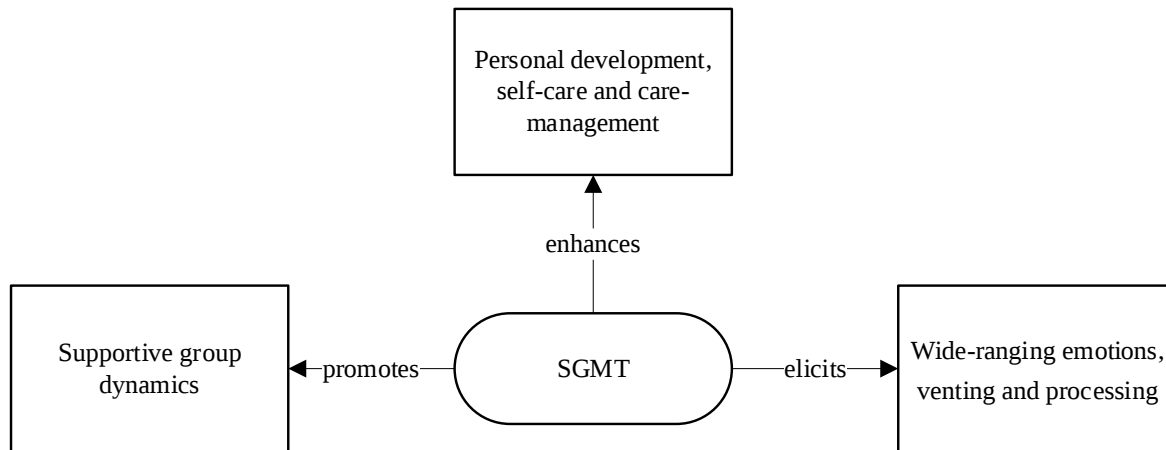
Note. M, mean; SD, standard deviation; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$; r, correlation biserial

Qualitative results

Three themes were generated from the thematic analysis. Caregivers reported that SGMT participation can enhance personal growth, bring out and enable work on emotions, and promote helpful interpersonal dynamics (Figure 3). Clarification of the themes are illustrated with participant quotes. In order to differentiate the quotes of the participants while preserving confidentiality, an alphanumeric code consisting of their initials and the response number has been used.

Figure 3

SGMT experience main themes



Theme 1. SGMT can enhance caregivers’ personal development, self-care and care-management

Self-awareness, personal growth and self-care. Many caregivers described how the SGMT sessions enabled their personal improvement self-development, and/or provided opportunities for self-focus and self-care. ALF-5 explained, “for me personally it made me think about myself, give myself (that) permission”. Some participants emphasised how SGMT helped them to understand the relevance of dedicating time to themselves: Comments included how the sessions taught caregivers “to take care of myself” (MGV-29), “think about my needs” (BFS-10), and to experience the “luxury” of “dedicat(ing) an hour for me” (BQA-26). Several participants also explained how they worked on personal growth and developed increased self-awareness in the sessions. Statements included how SGMT “made me look inside myself” (BFS-10; NPC-48), “helped me to get to know myself” (JAO-3), find “myself” (EGG-51; BBZ-8) and “connect with myself” (CFO-39; RMN-7).

Coping strategies. Some caregivers described how their SGMT experience helped them to develop strategies, which enabled them to manage in their care-situations. Individual

participants said that SGMT helped them to “accept a little more your hard reality” (MCC-35), learn a “tool to face a solution” (JHB-18), “overcoming” (EGG-51), and “Focus and live in the moment. Live my circumstances from another point of view. Find a place in me to escape from the situation and be able to move forward” (MEA-15). Several participants also said that SGMT helped them to focus on something other than their caregiver role. For example, MDGB-55 experienced, “escape and disconnection during the sessions” (MDGB-55). Other caregivers wrote that SGMT allowed them to “concentrate and forget about everything else” (RAU-2), feel “distracted ... from my worries during and after the sessions” (CBLL-19), “escape from day-to-day issues” (JAO-3), and “disconnect from the daily routine” (FST-53).

Theme 2. SGMT can elicit caregivers’ wide-ranging emotions, and enable helpful venting and processing

Bringing out emotions. SGMT elicited emotions in many caregivers, with individuals describing how it “brings out emotions” (JDP-40), enabled “awakening emotions” (VGJ-45), and made them “feel better” (CCH-38, JDP-40, FGA-60) and “good” (AGT-17). Caregivers described wide-ranging emotions experienced in SGMT, including that sessions were “helping me to relax” (PML-23), and enabling feelings of “inner blocks and sadness” (MAD-24), and expression of “pain” (MCC-35), “peace, joy, (and) emotion” (MLG-34). BHA-33 explained, “It has been entertaining, pleasant, fun and that's enough for me”. These emotions and feelings could be present both during the sessions and following days: “(SGMT sessions were) an appointment that made me feel better, calmer for the rest of the day and the following days”. (CCH-38)

Expressing and processing personal emotions. In addition to eliciting emotions, SGMT may help some caregivers to express previously unexpressed emotions. Individual caregivers also reported that SGMT helped them through “get(ting) my feelings out” (CFO-39), “expressing myself” (MJFCH-42), “bring(ing) out my feelings” (BFSNB-10, RRG-13,

MLG-34, MCC-35), “venting” (MTCG-16; NPC-48; CCH-38), and producing a “sense of relief” (JVM-22). SGMT also provided some participants with an opportunity to approach and identify significant personal emotions. For example, SMR-9 said that SGMT was “stirring my inner self” and ADD-25 stated that “it helped to process my feelings”. This could include significant issues from their past, with individual caregivers commenting that SGMT sessions allowed one to “take things out of the past” (MTCG-16), and another to “look inside myself and bring out many feelings that I had not stopped to feel or see before”. (NPC-48)

Theme 3. The songwriting music therapy group’s interpersonal dynamics support caregivers

Cohesiveness promoting sharing. SGMT could facilitate the creation of a cohesive group, providing a setting conducive for helpful and diverse interpersonal dynamics. The SGMT was described as an opportunity “to meet great people” (MGV-29) and “relate to people I didn't know at all” (MRC-31). Individual caregivers explained that SGMT helped them to experience a “union with companions” (MCC-35; CCH-38) and to “connect with companions” (RMN-7; SMR-9). Statements from several participants indicated the importance of the group process. JVM-22 wrote that “you (can) count on the group” (JVM-22) and ERS-41 wrote that “between all of us we have built something beautiful”. SGMT could promote the teamwork, with BCR-6 reporting that “doing it in a group and participating in the lyrics and music was interesting”. IGL-57 also explained, “it has helped me to work as a team (member)”.

The cohesive group helped some caregivers to feel comfortable to discuss and share their situations, problems, and experiences. Quotes included how SGMT was a safe place “supporting me to see my real situation...helping me to talk about the problem as a caregiver” (PML-23), and “it helped me to open up more... and be with other people (MPPB-46). NPC-48 highlighted that the group could help members to manage their emotions, stating, “sharing personal experiences with the group is enriching and helps to vent”.

Group identification and support. Some caregivers indicated that an important factor in forming this connected group was that it comprised people who were going through similar situations. Comments included that, “it helped me to process my feelings and to be able to share them with other people who know what we are talking about” (AAD-25), “it brought me closer to people who are in a similar situation to mine” (MMES-32), and “they were joyful moments and shared with companions who understand the situation well” (IOI-43). Perceiving the other caregivers as equals could promote the feeling of, “I am not the only one going through adverse moments” (BBZ-8) and “I am not the only one. You see other people’s problems” (MJFCH-42). VGL-45 reported that s/he “identified with the others”. The SGMT could allow caregivers to compare their different situations and consider helpful different perspectives. MBGM-47 wrote that SGMT helped her “to see that I was not alone in the hard work of caregiving and that there were people in the group with more difficult problems than mine” (MBGM-47).

Sharing similar backgrounds could also help some caregivers “to feel listened to” (RRG-13, MTCG-16, RGM-36, JMM-37) and heard. Individual participants felt that the group “understood” (RRG-13) and “supported” (RGM-36) them, and “accepted and loved” them (JMM-37). As CCH-38 said, SGMT allowed caregivers “to feel understood and supported by others to the point of feeling united with others (CCH-38). Finally, MIPP-44 asserted that the group moderator was also important in enabling the helpful group process, explaining that “the group and the person who moderated the group, has been a very strong support. It has taught to share our problems and solve them together. It has been a good teaching (therapy) through music”.

Discussion

The physical and psychological symptomatology associated with informal caring can have a serious impact on the QoL of caregivers (Bom et al., 2018; S. Choi & Seo, 2019; Oechsle et al., 2020; Perpiñá-Galvañ et al., 2019; Pinguart & Sörensen, 2003; Pot et al., 1997; Espinoza-Salgado et al., 1970; Schulz et al., 1990, 1995, 1997; Verbakel et al., 2016). These consequences of caring on health must be addressed from a multidisciplinary approach considering the needs of the informal caregiver. Many therapeutic disciplines can be used to improve their well-being (Ahn et al., 2020; Warth, Kessler, et al., 2019), with music therapy being a very powerful tool, demonstrating effectiveness in improving the QoL of informal caregivers (Brault & Vaillancourt, 2022; Brotons & Marti, 2003; Y. K. Choi, 2010; Clair, 2002; Clair et al., 1993; Denk, 2023; García-Valverde et al., 2020; Gok Ugur et al., 2019; B. Kim & Dvorak, 2018; Magill, 2009; Potvin et al., 2018; Valero-Cantero et al., 2020; Whitford et al., 2023a; Wilhelm & Wilhelm, 2020).

The purpose of the current study was to describe by a mixed method approach the experiences of informal caregivers participating in a SGMT intervention. The findings of this research could show that the participation in the SGMT program intervention improved the QoL of the informal caregivers. In particular, it demonstrated changes in informal caregivers' emotional and social variables, and their in-depth personal work.

In relation to the psychological symptoms, quantitative findings showed that trait anxiety and depression were significantly lower immediately after finishing the SGMT intervention. Additionally, the inner peace, social function, and mental health scores also showed improvements. These changes were sustained over time, indicated by non-significant differences when three months follow-up scores are compared to the immediate post scores, except the trait anxiety, which was even lower. At the three-month follow-up, additional variables (including state anxiety, burden, bodily pain and the spiritual subscale "whole"),

which were unchanged immediately post SGMT showed the same magnitude of improvement as that described for trait anxiety and depression. These findings might suggest that several of the positive effects of a 10-week SGMT program only emerge 3-months following cessation of the program, requiring more time to develop and put into practice what was worked on in the sessions.

Despite the fact that without a control group, the variable promoting these changes cannot be determined, the outcomes of SGMT with informal caregivers are consistent with earlier research findings that showed positive change in QoL. Specifically, these changes are reported in trait anxiety, depression, spirituality, mental health, and social functioning after music therapy treatment (Baker et al., 2018; Brotons & Marti, 2003; Y. K. Choi, 2010; Clair et al., 1993; Denk, 2023; García-Valverde et al., 2020). Our investigation confirmed that these benefits, which are potentially a result of the SGMT, were maintained at three months following the intervention. Our finding extends the evidence which demonstrates sustained caregiver improvements following a series of music therapy sessions. Positive long-term results were found in only a few other studies with informal caregivers of adult people (Brotons & Marti, 2003; Whitford et al., 2023b).

Additionally, three thematic findings in this research reinforced the value of SGMT for participants. Knowing deeper the experience of the informal caregivers participating in SGMT, the findings were that SGMT enhanced personal growth and self-care; brought out and enabled work on emotions, and promoted helpful interpersonal dynamics.

In this study, informal caregivers described how SGMT improved their personal growth, self-care, and enhanced self-awareness. Sessions also helped them to learn strategies which supported their caring roles and to focus on something other than caring, working on themselves and their selfcare. Another highlighted theme was the emotional dimension. Caregivers said that SGMT allowed them to express and process their feelings. The finding

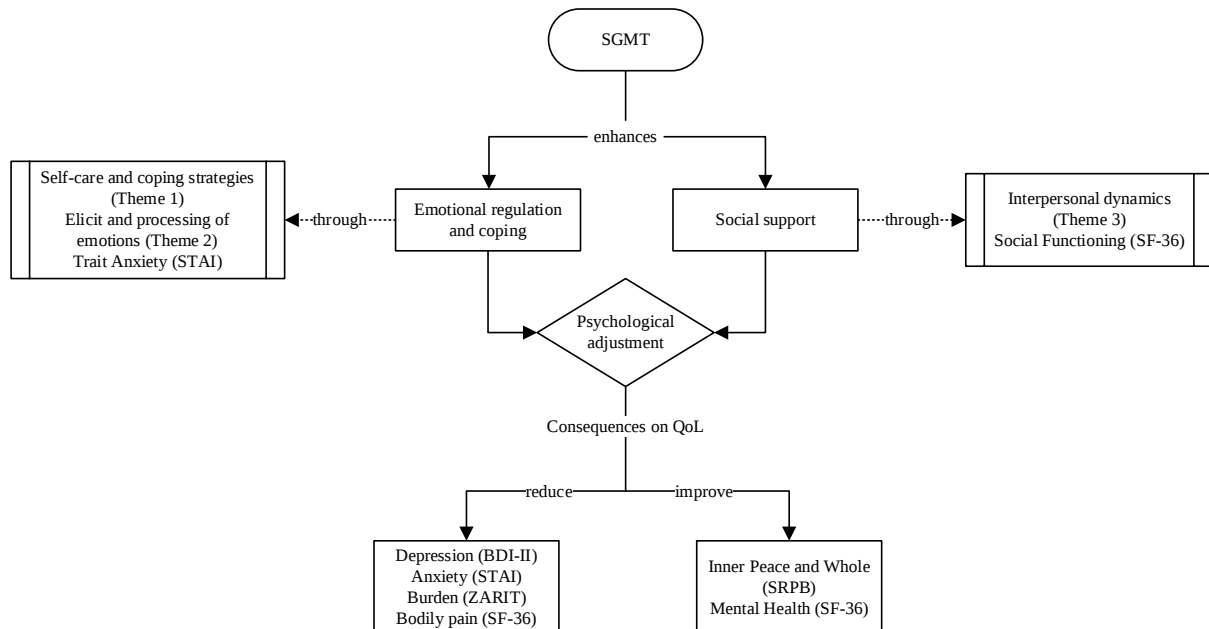
about interpersonal dynamics, whereby caregivers described the importance of feeling cohesively supported by group members who were going through similar situations is strongly related to certain therapeutic factors described by Yalom that are reflected in group psychotherapy such as “universality” and “cohesion” (Vinogradov & Yalom, 1996).

Comparing these findings, the outcomes are consistent with previous studies conducted with informal caregivers. A recent study using thematic analysis to assess informal caregivers' experiences of participating in a songwriting group, found that caregivers reported personal improvement, an exploration and expression of emotions, group identification, connection, and mutual support (García-Valverde et al., 2022). Another study found that group songwriting enabled caregivers to experience personal growth, insights about coping, connection, and group identity (Baker et al., 2018). Further literature also confirms our study findings related to music therapy's impact on improving therapeutic insight, positive emotions, and group cohesiveness (Klein & Silverman, 2012).

As a result of the mixed methodology, the converged findings enable consideration of a multidimensionality of QoL model can be established to illuminate understanding of the effects of SGMT on caregivers (Figure 4).

Figure 4

Effects of SGMT on informal caregivers: A model informed by the converged findings



The findings show how SGMT enabled work on self-regulation and coping, in the way that caregivers understood and managed the care situation and emerging emotions. This statement can be seen in two of the themes from the thematic analysis on the importance of self-care and care management (theme 1) as well as on elicited and processed emotions (theme 2). Furthermore, the fact that the strongest change was in the reduction of trait anxiety, understood as a stable personality tendency, shows the in-depth work done on ameliorating the way in which the caregivers perceive situations as threatening, such as in this case caring for a family member (Endler & Kocovski, 2001).

SGMT also enhanced social support. This improvement in the social dimension was reflected in two aspects: Firstly, in the third theme about interpersonal dynamics, that showed that SGMT was a place where caregivers felt supported and identified with others; and,

secondly, in the change related to the social dimension (in one of the domains of the SF-36, social functioning), whereby change was maintained over 3-months of the intervention.

Considering this psychosocial work carried out in the sessions, it can be concluded that through the SGMT caregivers can achieve an improved psychological adjustment. It is understood that social support and functional coping may be protective factors for caregiver overload symptomatology and therefore predictors of QoL (Blankfeld & Holahan, 1999; Di Mattei et al., 2008; Iavarone et al., 2014; Leung et al., 2020; Serra et al., 2018). Thus, it could be assumed that the effects of SGMT have consequences for caregivers' QoL, such as improved spirituality and reduced depression. Changes were found between pre-SGMT and three-month post-SGMT assessments for a number of outcomes, including caregiving overload, bodily pain (which may be related to caregiving itself) and state anxiety, indicating a slow onset of treatment effects. Through the development of this model of effects, it is understood that the caregivers' in-depth work on how they understood and managed caregiving, with the support of their peers, led to decreases in certain symptomatology over time, such as state anxiety. Therefore, in the SGMT intervention, by working not only on transitory changes, but also on profound internal ones, caregivers can acquire strategies and tools that can be applied over time, leading to a reduction in overload (Lee et al., 2022).

The major discrepancy in converging the data lies in the lack of differences observed in coping strategies in the quantitative data, with no significant differences in any of the subscales between any of the assessment times. However, in the qualitative data it can be seen how the SGMT has facilitated the caregivers' personal growth through learning and applying tools to manage the caregiving situation. These differences may be due to the fact that coping strategies are an ingrained part of the personality and that questionnaires such as the one used are not very sensitive to small changes, in this case because each dimension is composed of just two items (Morán et al., 2010). However, qualitative data has allowed us to explore this

aspect more deeply by capturing the experiences of the participants, considering that mixed methods methodology can highlight aspects that may otherwise remain overlooked because they are not sufficiently represented by numerical data

Limitations and future research

Interpretations of findings reported in this study need to be made in relation to the study's limitations. Firstly, there was no comparison control group, thus it cannot be concluded that the quantitative findings are because of the effect of the intervention. Incorporating a comparative group would have allowed assessment of temporal change unrelated to treatment. Secondly, the same person (first author) conducted multiple roles in the research, which could have biased the results. The first author was the music therapist who conducted the SGMT sessions and one of the researchers involved in data analysis, especially in the process of thematic analysis. Qualitative data analysis is an interpretive process; however, the inter-rater reliability process should have increased the trustworthiness of the qualitative findings. Thirdly, there was a gender imbalance in the sample (more women than men), which reflects the greater number of women caregivers in our community (Cueli et al., 2018). Nevertheless, it could be a problem that the small sample size of male participants may result in findings which do not reflect males' responses to SGMT, limiting transferability (del Río Lozano et al., 2017). Another limitation of this study is that the sample size could be bigger in order to reduce statistical issues like the Type II Error. Finally, the assessment protocol may have been too long for this group of participants, many of whom were partners of older people. This could have affected the reliability of the results. However, we hope that the present study can serve as a resource for future research guiding the focus of assessments toward the pertinent study variables, particularly addressing the needs of informal caregivers.

Considering the findings and limitations of this study, suggestions for future investigations on the role of psychosocial interventions for informal caregivers of EPD can be

made. Firstly, it could be interesting to examine the caregiver participants' pre-existing psychosocial states and compare them with a normal population to elucidate their distress levels and the types of challenges that they may be experiencing in their roles (if any). Secondly, future research could include further use of qualitative methodology, to deeply investigate informal caregivers' situations and how they feel about this role. This information could be gathered through the use of interviews and the lyric analysis of songs composed by participants during SGMT.

Conclusions

The use of music therapy with caregivers of EPD is a novel line of research, and this study reaffirms the benefits reported in other studies with caregivers from other populations. The improvement in caregivers' QoL, found in this mixed method study, highlights the importance of including psychosocial interventions, like music therapy, in support services for informal caregivers of EPD. Specifically, this study suggests that SGMT can promote caregivers' in-depth self-care, and enhance their social and emotional functioning and psychological adjustment. The importance of these variables as possible predictors of QoL should be taken into account, in order to focalise interventions on working on them with informal caregivers in group formats. In addition, this research has demonstrated the relevance of including the subjective experiences of people participating in intervention studies, in order to access outcomes not captured by numerical data. It is hoped that this study's findings will also provoke the scientific community's interest in further music therapy research with caregivers of EPD, using a controlled design.

References

- Ahn, S., Romo, R. D., & Campbell, C. L. (2020). A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1518–1530. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.012>
- Alves, L. C. de S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. de C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415–421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., & Diez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x>
- Baker, F. (2015). *Therapeutic Songwriting. Developments in Theory, Methods, and Practice*. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137499233_13
- Baker, F., Stretton-Smith, P., Clark, I. N., Tamplin, J., & Lee, Y.-E. C. (2018). A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. *Frontiers in Medicine*, 5. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00151>
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255–261. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53111.x>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Belletti, M., Mallia, L., Lucidi, F., Reichmann, S., Mastroianni, C., De Marinis, M. G., & Casale, G. (2011). Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1939–1947. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1034-3>
- Bennett, J. A. (2005). The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). *Nursing Research*, 54(2), 128–132. <https://doi.org/10.1097/00006199-200503000-00007>
- Blankfeld, D. F., & Holahan, C. J. (1999). Social support, coping, and psychological adjustment among caregivers of head-injured patients. *Psychology & Health*, 14(4), 609–624. <https://doi.org/10.1080/08870449908410753>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2018). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642. <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>
- Brault, A., & Vaillancourt, G. (2022). Group Telehealth Music Therapy With Caregivers: A Qualitative Inquiry. *Journal of Patient Experience*, 9, 237437352211072. <https://doi.org/10.1177/23743735221107241>
- Brotons, M., & Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, 40(2), 138–150. <https://doi.org/10.1093/jmt/40.2.138>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Choi, S., & Seo, J. (2019). Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing Forum*, 54(2), 280–290. <https://doi.org/10.1111/nuf.12328>

- Choi, Y. K. (2010). The Effect of Music and Progressive Muscle Relaxation on Anxiety, Fatigue, and Quality of Life in Family Caregivers of Hospice Patients. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 53–69. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.1.53>
- Clair, A. A. (2002). The effects of music therapy on engagement in family caregiver and care receiver couples with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17(5), 286–290. <https://doi.org/10.1177/153331750201700505>
- Clair, A. A., Tebb, S., & Bernstein, B. (1993). The effects of a socialization and music therapy intervention on self-esteem and loneliness in spouse caregivers of those diagnosed with dementia of the Alzheimer type: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 8(1), 24–32. <https://doi.org/10.1177/153331759300800105>
- Clark, I. N., Stretton-Smith, P. A., Baker, F. A., Lee, Y.-E. C., & Tamplin, J. (2020). “It’s Feasible to Write a Song”: A Feasibility Study Examining Group Therapeutic Songwriting for People Living With Dementia and Their Family Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 11, 1951. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01951>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth Edition). SAGE.
- Cueli, M., Alconero, A. R., Barrada, J. R., Sarabia, C., Pérez-González, O., & Santibáñez, M. (2018). Current characteristics of family caregivers of elderly dependents in Northern Spain. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(5), S281–S282. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.05.120>
- del Río Lozano, M., García-Calvente, M. del M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227–3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>

- Denk, J. G. (2023). The Impact of a Music Therapy Support Group on Perceived Stress, Anxiety, and Depression in Long-Term Caregivers: A Pilot Study. *Music Therapy Perspectives*, 41(1), 28–36. <https://doi.org/10.1093/mtp/miac019>
- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Sciences*, 29(6), 383–389. <https://doi.org/10.1007/s10072-008-1047-6>
- Diyanto, R. N., Moeliono, M. A., & Dwipa, L. (2016). Level of Dependency Based on Barthel and Lawton Score in Older People Living in Panti Werdha, Ciparay. *Althea Medical Journal*, 3(4), 493–498. <https://doi.org/10.15850/amj.v3n4.929>
- Dueñas, P. E. (2022). El autocuidado, uno de los requisitos para el buen cuidado en salud mental. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 4(1), 41–49. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmassh.v4i1.644>
- Espinoza-Salgado, F.S., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, M. C., & Ramírez Ramírez, A. (1970). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 121–136. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231–245. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3)
- England, M. J., Butler, A. S., Gonzalez, M. L., Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders, Board on Health Sciences Policy, & Institute of Medicine (Eds.) (2015). *Psychosocial Interventions for Mental and*

Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards.
National Academies Press (US).

Fiorini, H. (2007). *El psiquismo creador*. AgrupArte.

García-Valverde, E., Badia Corbella, M., & Orgaz Baz, M. B. (2022). Experiences of group therapeutic songwriting of family caregivers of people with dementia. *Psychology of Music*, 50(2), 530–547. <https://doi.org/10.1177/03057356211005844>

García-Valverde, E., Badia, M., Orgaz, M. B., & González-Ingelmo, E. (2020). The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: An exploratory study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(1), 4–19. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1630666>

Giesbrecht, M., Wolse, F., Crooks, V. A., & Stajduhar, K. (2015). Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: A qualitative case study. *Palliative and Supportive Care*, 13(3), 555–565. <https://doi.org/10.1017/S1478951513001028>

Gok Ugur, H., Orak, O. S., Yaman Aktas, Y., Enginyurt, O., & Saglambilen, O. (2019). Effects of Music Therapy on the Care Burden of In-Home Caregivers and Physiological Parameters of Their In-Home Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Medicine Research*, 26(1), 22–30. <https://doi.org/10.1159/000490348>

Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). *Informal Caregivers Literature Review. A report prepared for the National Health Committee*. University of Wellington.

Grocke, D., & Wigram, T. (2008). *Métodos receptivos en musicoterapia: Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas educadores y estudiantes*. AgrupArte.

Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510–515. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925025>

- Iavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M., & Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1407–1413. <https://doi.org/10.2147/NDT.S58063>
- Kim, B., & Dvorak, A. L. (2018). Music therapy and intimacy behaviors of hospice family caregivers in South Korea: A randomized crossover clinical trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(3), 218–234. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1427783>
- Kim, E. J., Lee, E. J., Lee, C.-W., & Choi, Y. S. (2020). Development and Evaluation of a Hospice and Palliative Care Music Therapy Education Program. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(1), 17–26. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.1.17>
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243–246. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x>
- Klein, C. M., & Silverman, M. J. (2012). With Love From Me to Me: Using Songwriting to Teach Coping Skills to Caregivers of Those With Alzheimer's and Other Dementias. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/15401383.2012.685010>
- Lee, S., Allison, T., O'Neill, D., Punch, P., Helitzer, E., & Moss, H. (2022). Integrative review of singing and music interventions for family carers of people living with dementia. *Health Promotion International*, 37(Supplement_1), i49–i61. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac024>
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5457. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>

- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona De La Morena, J., Javier, F., & Moreno, A. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332–339. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&tlng=es
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161–165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Magill, L. (2009). The spiritual meaning of pre-loss music therapy to bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 7(1), 97–108. <https://doi.org/10.1017/S1478951509000121>
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.017>
- Morán, C., René, L., & González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es.
- O’Callaghan, C., & McDermott, F. (2004). Music Therapy’s Relevance in a Cancer Hospital Researched Through a Constructivist Lens. *Journal of Music Therapy*, 41(2), 151–185. <https://doi.org/10.1093/jmt/41.2.151>
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Wowretzko, F., Zhang, Y., Dickel, L.-M., Heine, J., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2020). Prevalence and

- Predictors of Distress, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Bereaved Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 37(3), 201–213. <https://doi.org/10.1177/1049909119872755>
- Perpiñá-Galvañ, Orts-Beneito, Fernández-Alcántara, García-Sanjuán, García-Caro, & Cabañero-Martínez. (2019). Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234806>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pot, A. M., Deeg, D. J. H., & Van Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: Changes over time. *Aging & Mental Health*, 1(3), 261–268. <https://doi.org/10.1080/13607869757164>
- Potvin, N., Bradt, J., & Ghatti, C. (2018). A Theoretical Model of Resource-Oriented Music Therapy with Informal Hospice Caregivers during Pre-Bereavement. *Journal of Music Therapy*, 55(1), 27–61. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx019>
- Ramírez, V. J. A., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. E. & Figueroa López, C. G. (2008). Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers. *Psicología y Salud*, 18(2), 237–245. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/665/1168>
- Salvador-Carulla, L., Gibert, K., & Ochoa, S. (2010). Definición de “dependencia funcional”. Implicaciones para la política sociosanitaria. *Atención Primaria*, 42(6), 344–345. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.08.001>
- Sanz, J., Luis, A., Carmelo, P., & Resumen, V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general.

<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>

Schulz, R., Newsom, J., Mittelman, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the cardiovascular health study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 110–116. <https://doi.org/10.1007/BF02883327>

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771–791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>

Schulz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving. *Journal of Gerontology*, 45(5), P181–P191. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.5.P181>

Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, P., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2018). Resilience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: A study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1132–1138. <https://doi.org/10.1002/gps.4905>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.

Steiner-Brett, A. C. (2023). The use of music therapy to address psychosocial needs of informal caregivers: An integrative review. *The Arts in Psychotherapy*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102036>

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. SAGE.

UNESCO Institute for Statistics. (2012). *International standard classification of education: ISCED 2011*. UNESCO Institute for Statistics.

- Valero-Cantero, I., Martínez-Valero, F. J., Espinar-Toledo, M., Casals, C., Barón-López, F. J., & Vázquez-Sánchez, M. Á. (2020). Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Palliative Care*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00570-9>
- Verbakel, E., Metzelthin, S. F., & Kempen, G. I. J. M. (2016). Caregiving to Older Adults: Determinants of Informal Caregivers' Subjective Well-being and Formal and Informal Support as Alleviating Conditions. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw047. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw047>
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós Barcelona.
- Ware Jr., J. E. (1999). SF-36 Health Survey. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 2nd ed. (pp. 1227–1246). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332–345. <https://doi.org/10.1177/0269216318818011>
- Warth, M., Koehler, F., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2019). “Song of Life (SOL)” study protocol: a multicenter, randomized trial on the emotional, spiritual, and psychobiological effects of music therapy in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0397-6>
- Weisser, F. B., Bristowe, K., & Jackson, D. (2015). Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with Motor Neurone Disease/Amyotrophic Lateral Sclerosis: A secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative Medicine*, 29(8), 737–745. <https://doi.org/10.1177/0269216315575851>

- Whitford, K. J., Ulrich, A. M., Larsen, B. E., Phelps, C. M., Siska, M. J., Bigelow, M. L., Dockter, T. J., Wood, C., Walton, M. P., Stelpflug, A. J., & Lapid, M. I. (2023a). Music Therapy Intervention to Reduce Caregiver Distress at End of Life: A Feasibility Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), e417–e423. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.009>
- Whitford, K. J., Ulrich, A. M., Larsen, B. E., Phelps, C. M., Siska, M. J., Bigelow, M. L., Dockter, T. J., Wood, C., Walton, M. P., Stelpflug, A. J., & Lapid, M. I. (2023b). Music Therapy Intervention to Reduce Caregiver Distress at End of Life: A Feasibility Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), e417–e423. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.009>
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. In F. Baker & T. Wigram (Eds.), *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. Jessica Kingsley Publishers. <https://books.google.es/books?id=qDNKfX3g3ykC>
- Wilhelm, L., & Wilhelm, K. (2020). Music-Based Interventions with Informal Caregivers of Adult Care Recipients: An Integrative Review. *Music and Medicine*, 12(3), 177–187. <https://doi.org/10.47513/mmd.v12i3.667>
- World Federation of Music Therapy (WFMT). (2011). *Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy*. <https://www.wfmt.info/post/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy>

World Health Organization. (2002). *WHOQOL-SRPB field-test instrument: WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) field-test instrument: the WHOQOL-100 questions plus 32 SRPB questions* (2012 revision). World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2011). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

4.3. Estudio III

“Analysis of Songwriting Group Music Therapy Programme for Informal Caregivers of Older Adults”

Paula Pérez-Núñez*, Clare O’Callaghan, Oscar Martínez, Patricia Caballero, Maddalen García-Sanchoyerto and Imanol Amayra

Abstract

Songwriting (SW) is a music therapy technique commonly used to alleviate the burden that informal caregivers usually experience. Detailed descriptions and analyses of SW programmes are necessary to understand the underlying mechanisms of change occurred during these interventions. The main purpose of this study is to describe a songwriting group music therapy (SGMT) programme, including the analyses of differences in the meaningfulness and content of song lyrics based on three SW approaches: individual song parody, group song parody, and original songwriting. This 10-session programme was applied to 60 informal caregivers. The Meaningfulness of Songwriting Scale was administered and Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC-22) software was used to analyse lyrical content. SW approaches showed significant differences between them, being more meaningful, presenting more content of social processes, and less affective content as the intervention progressed. The main variable affecting outcomes was the number of care hours provided by the caregivers. The SGMT enhanced group cohesion, providing a safe space for caregivers to explore their authentic needs and emotions. This study highlights the importance of providing detailed intervention programmes to replicate and adapt the interventions to caregivers’ needs. This adaptation can be achieved thanks to the versatility of the SW.

Keywords: Group Music Therapy; Songwriting Approaches; Informal Caregivers; Intervention Programme; Mechanisms of Change.

Introduction

In clinical research studies of informal caregivers of older people with dependency, there is a growing interest on the application of psychosocial interventions such as music therapy (Irons et al., 2020; Wilhelm & Wilhelm, 2020). One of the most commonly used techniques with informal caregivers is therapeutic songwriting, a music therapy intervention that is getting higher scientific interest (Steiner-Brett, 2023), with evidence demonstrating its positive impact on the quality of life of family caregivers (Baker, 2017; Baker et al., 2018; Baker & Yeates, 2018; Ferguson, 2006; García-Valverde et al., 2020; Klein & Silverman, 2012; O'Kelly, 2008; Pérez-Núñez et al., 2024).

Therapeutic songwriting is the process in which a patient or group of patients are involved with the music therapist in the creation, notation, and/or recording of lyrics and music, within the context of a therapeutic relationship, addressing the psychosocial, emotional, cognitive, and/or communication needs of the patient/s (Wigram & Baker, 2005). One of the strengths of songwriting (SW) is its versatility, addressing a broad range of clinical and non-clinical goals, reaching them through different methods and approaches. Baker (2015) provides a SW methods categorization depending on whether the emphasis is on the creation of the lyrics and/or the music. The two most popular approaches are song parody, which is more focused on the lyrics, and original songwriting, centred on both music and lyrics creation (Baker & MacDonald, 2014).

Song parody consists of rewriting all or part of the lyrics of a pre-composed song. This approach is recommended when there is limited time to create the song and when SW participants need structure, for example, for those songwriters that may not be emotionally or psychologically ready for a deeper therapeutic process (Baker, 2015). In contrast, original songwriting involves the creation of completely original lyrics and music. This approach can be used within known structures, creating the lyrics and music from the ground up, but guided

by pre-existing musical structures (e.g. chorus and verses). Original songwriting is typically used when a more in-depth exploration is possible, considering the group, environment, and participants' characteristics, being challenging for those with cognitive or language difficulties. The song parody approach can be used to demystify the SW process, providing a preparation for the original songwriting, illustrating that, with the support of the music therapist, anyone can create a song (Baker et al., 2008, 2009; Baker, 2015; Wigram & Baker, 2005).

The effectiveness of the SW is influenced by various factors, including songwriters' health status, which must be considered by clinicians as guidance when choosing the SW method to employ (Baker, 2015). Therefore, it is essential for clinical practice to consider the impact that environment, sociocultural, individual and group factors could have on the SW process (Baker, 2013a, 2013b, 2014). For instance, as Baker (2015) stated, the songwriter's previous relationship with music affects, as an individual factor, the motivation and degree of engagement during the SW process.

Considering the informal caregivers' needs, it is relevant to pay attention to their psychological, social, and emotional well-being because it could determine their level of participation in the SW process. The main reason why this well-being could be affected is the burden that the role of the informal caregiver generates (Alves et al., 2019; Rodríguez-González et al., 2021). Referring to informal caregivers of older adults with dependency, some variables can predict a tendency to develop this burnout, including sex of the caregiver, care hours, married caregivers, and older adults' functional dependence (Gratao et al., 2012; Ruisoto, Ramírez, et al., 2020; Vaingankar et al., 2016). These variables could inform which SW strategies the clinician may need to adopt to accommodate any individual or sociodemographic factors that may influence the process (Baker et al., 2008).

A protective factor against burnout in informal caregivers is social support (Cejalvo et al., 2021; Ong et al., 2018; Ruisoto, Contador, et al., 2020). SW is inherently a social activity

because it involves the collaboration of at least two people, a songwriter or group of songwriters, and therapist (Baker, 2015). The social nature of SW offers opportunities to engage in teamwork, supporting and being supported by others. Through the group SW process, participants can experience a sense of belonging to a group, connecting, and bonding with others (Baker & MacDonald, 2014). Due to the group-based processes and products inherent within group therapeutic SW, patients may experience universalisation and normalisation when they share and listen to other patients' narratives (Silverman et al., 2016). Considering the protective role of social support and the isolation that caregivers often experience due to the nature of caregiving, conducting group interventions with them is highly important to strengthen their social networks (Lauritzen et al., 2015). Therefore, SW is a very valid technique applicable in group format with informal caregivers.

Music-based interventions are especially difficult to describe fully and transparently, and there are few studies with sufficient description of music therapy interventions to enable cross-study comparisons, generalisation, and integration into practice (Robb et al., 2011). From a scientific and clinical point of view, clear intervention programmes descriptions are needed to investigate therapeutic components which are effective and to enable their transfer into future therapeutic work. There is a lack of studies that systematically describe the SW music therapy intervention with informal caregivers of adults. Baker (2017), developed a group therapeutic SW intervention protocol designed to address caregiver well-being, which included 3 SW models: insight-oriented SW, narrative SW, and psychoeducational SW. Inspired by this study, García-Valverde et al. (2022), presented a theoretical protocol intervention programme, based on a new conceptual framework for selfcare. The group SW intervention consisted of twelve 60-minute sessions, following the original songwriting method and dividing the process into four phases. Both studies focused on informal caregivers of people with dementia, with no articles identified involving specifically caregivers of older individuals with dependency.

Moreover, there are no studies with informal caregivers that compared different SW methods. In fact, very few studies offer a comparison between them, regardless of the target sample (Baker & MacDonald, 2013).

Furthermore, replicating music therapy interventions at a clinical level not only requires a detailed description of the intervention design, but also an understanding of the processes of change behind it (Baker et al., 2015). Despite the wide application of SW, there is a lack of understanding about the mechanisms of change that are active during the SW process (Baker et al., 2016; Baker & MacDonald, 2013). Thus, more research is needed to increase the knowledge of the outcomes implicated during the SW process. As the SW creates artefacts, the result is a permanent record of the therapeutic SW process, providing lyrics that remain for further analysis (Baker, 2013c). It was discovered that the writing itself revealed a lot about an individual's psychological state. According to Pennebaker et al. (2003), words can “convey psychological information over and above their literal meaning and independent of their semantic context.” Lyric analyses reflect how SW can enable patients to express what is believed to be important and can extend to understanding their therapeutic experiences (O’Callaghan & Grocke, 2009). Additionally, Baker et al. (2016), stated that the more meaningful a SW process is for a person, the greater the potential for its positive effects. Hence, assessing the meaningfulness of songwriting could provide more information about the therapeutic changes resulting from SW processes.

Research Objectives

The main objective of the study is to describe and analyse the songwriting group music therapy (SGMT) programme for informal caregivers of older adults with dependency.

The specific objectives are:

- 1) To describe the created SGMT intervention programme based on three different SW approaches (i.e. group song parody, individual song parody and group original songwriting).
- 2) To analyse and understand the mechanisms of change behind each SW approach and how they contribute to the therapeutic process. In order to study this contribution, the secondary objectives are to:
 - a. Report the meaningfulness and describe the content of lyrics of informal caregivers' compositions in SGMT.
 - b. Analyse the differences in meaningfulness and content according to the SW approach used.
 - c. Explore the relationship between meaningfulness and content in the different SW approaches.
 - d. Explore associations between measured descriptive variables (socio-demographic factors, caregiving-related factors, and relationship with music factors) and the SWs' results found in meaningfulness and content.

Method

Participants

A convenience sampling method was carried out. Sixty caregivers participated, including 54 women (90%) and 6 men (10%). Caregivers were contacted through eight different social and healthcare services offered to informal caregivers in Biscay. Initially, 63 caregivers indicated interest in participating in the 10-session music therapy programme. Due

to their inability to attend the intervention sessions, two caregivers withdrew before the SGMT intervention, and another caregiver withdrew after the first session.

Participants met the following inclusion criteria: (a) the main informal caregiver of an older adult; (b) the dependant person was over 60 years of age; (c) at least 18 years of age; and (d) provided informed signed consent.

Exclusion criteria were: (a) not residing in Spain; (b) under 18 years; (c) had uncompensated sensory deficits that prevented assessment responses; (d) illiteracy; and (e) clinician-diagnosed with a severe or serious mental illness.

Instruments

Sociodemographic, Caregiving Data and Relationship with Music

A 35-item ad hoc questionnaire was applied, which collected participants' sociodemographic and caregiving data, including age, sex, marital status, educational level and occupation. This instrument also included questions about the caregiving situation, for example, nature of kinship or number of care hours provided per week. Caregivers' previous relationship with music was also assessed through the following three questions: 1) "Do you like music?" (Yes/No response); 2) How important is music to you in your day-to-day life? (5-point Likert scale response, from "nothing important" to "very important") and, 3) How often do you listen to music? rated from 1 (never) to 5 (very often).

Functional Independence

The Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965) includes 10 items assessing the level of functional independence and ability to carry out activities of daily living. Each item is rated differently, using a 0, 5, 10 or 15-point scale, ranging from complete dependence (unable to perform the task) to complete independence (able to perform the task without assistance). The global score goes from 0 to 100, with higher scores indicating higher independence, providing a quantitative measure of the individual's overall level of functional independence. The Spanish

version of the questionnaire has a good internal consistency with .86 alpha Cronbach (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997). In this study Cronbach's alpha coefficient was .92.

Meaningfulness of Songwriting

The Meaningfulness of Songwriting Scale (MSS; Baker et al., 2016) is a psychometric 21-item scale designed to measure the perceived meaningfulness of SW process. The MSS assesses various aspects of the SW process and its emotional, relational and cognitive significance to the participant. These items are measured using a five-point Likert scale in the positive direction, from Strongly Disagree to Strongly Agree. Total scores range from 21 to 105, with higher rating indicating greater meaning derived from the process and song created. The MSS has demonstrated strong internal consistency (Cronbach's alpha of .98; Baker et al., 2016). A Cronbach's alpha coefficient of .92 was obtained in this study.

Content Analysis

The Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC; Tausczik & Pennebaker, 2010) is a text analysis software instrument designed to quantify and analyse the linguistic content of written or spoken text. LIWC-22 (Boyd et al., 2022) is the latest version, comprising a dictionary of over 12,000 words and phrases, categorised into sub-dictionaries to assess various psychosocial constructs. All the categories are classified on: summary variables, linguistic dimensions, psychological processes and the expanded dictionary. Only the summary variables and psychological processes have been used for this study. LIWC-22 uses four summary measures (analytical thinking, clout, authenticity, and emotional tone), that are algorithms constructed from various LIWC variables based on previous empirical research. The obtained data are standardised scores that have been converted to percentiles ranging from 1 to 99. The "psychological processes" component of the instrument includes four main categories: drives, cognition, affect and social processes, providing percentages of total words within a text. To report the psychological processes data, LIWC-22 assigns each word to a category, using its

curated dictionary, and then reports the percentage of words that belong to each of the categories. Table 1 provides a description of the summary variables and the hierarchical structure of the psychological processes' variables along with example words, adapted from Boyd et al. (2022). Validity studies of LIWC-22 have demonstrated its effectiveness in capturing various linguistic and psychological constructs across a wide range of text types, including social media posts, essays, transcripts, and other forms of written communication.

Table 1*LIWC-22 dimensions description*

Category	Description/subdimensions	Interpretation/most frequent words
Summary variables		
Analytical thinking	Metric of logical, formal thinking	People low in Analytical Thinking tend to write and think using language that is more intuitive and personal and tend to be viewed as friendlier, more personable, and less cold and rigid.
Clout	Language of leadership, confidence, status	The relative social status, confidence, or leadership that people display through their writing or talking.
Authentic	Perceived honesty, genuineness	When people reveal themselves in an "authentic" or honest way, they tend to speak more spontaneously and do not self-regulate or filter what they are saying.
Emotional tone	Degree of positive (negative) tone	The algorithm is built so that the higher the number, the more positive the tone. Numbers below 50 suggest a more negative emotional tone.
Psychological Processes		
Drives	Affiliation, achievement and, power	we, our, work, us, help, own, allow, best
Cognition	All-or-none, cognitive processes and memory	all, no, never, know, can, want, something, really, but
Affect	Positive tone, negative tone, emotion and swear words	good, well, new, love, bad, wrong, hate, worry, fear, happy
Social processes	Social behaviour and social referents	you, we, he, she, care, friend, parent, mother, father, her, him, help, thank you, deserve

Procedure

Data Collection

The research was registered in clinicaltrials.gov (NCT06028815) and was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. Prior to the data collection, the University of Deusto Research Ethics Committee approved the research (Ref: ETK-42/20–21). The first author contacted eight different social and health services offered to caregivers of older people with dependency in Biscay. After the first researcher described the project to the service professionals, all centres agreed to be study sites and allow participant recruitment by providing informative project talks to caregivers using their services. Those who agreed to participate signed informed consent forms and provided contact details to the first author. Caregivers then proceeded to begin the 10-session intervention. The MSS questionnaire was administered three times, immediately after finishing each SW process, which is detailed on the next section. Lyrical data was collected throughout the SGMT intervention.

SGMT Programme

The intervention programme presented in this section has been briefly described in a previous study where a mixed method approach was used to analyse the experience of participating in the SGMT intervention on informal caregivers of older people with dependency (Pérez-Núñez et al., 2024). The results of this pre, post and follow-up study showed significant decrease, sustained over time, in trait anxiety and depression and an increase in subscales including inner peace, social functioning, and mental health. A thematic analysis was carried out obtaining three themes, finding that SGMT participation could: a) enhance personal growth; b) bring out and enable work on emotions, and c) promote helpful interpersonal dynamics.

Special emphasis has been given in the current study to the description of the procedure followed during each of the SW approaches, enabling the subsequent analysis of the

intervention process. To present a transparent description of the SGMT programme intervention, the checklist for reporting music-based interventions was followed (Robb et al., 2011). A total of 10 one-hour sessions were held weekly in a small group format (4-7 people). Eleven participant groups were led by a trained music therapist who is also a trained psychologist. All groups received the same intervention protocol, using therapeutic SW as the main technique. Music material was used like small percussion instruments (e.g. xylophone, maracas, small handpan, and, tambourine) and non-musical (audio-playback equipment, sheets, pencils and crayons).

The therapeutic process was divided into three different phases: phase 1- “Getting to know each other” (sessions 1-3); phase 2- “Sharing and Creating” (sessions 4-7); and phase 3- “Saying goodbye” (sessions 8-10). Each phase had specific therapeutic objectives, and the main technique (SW) was used throughout each phase.

The SGMT intervention included a semi-directive approach, encompassing a dynamic flow of movement from greater to lesser structure and directivity throughout the sessions. The music therapist structured the sessions more in the first phase, but as a safe space was created, including group cohesion and each participant’s musical-self developed, the structure dissipated. It also started with a more directive approach where the music therapist guided the process, but the dynamics were depending more and more on the caregivers, being in charge of their own therapeutic process. According to this approach, the communication along the SGMT intervention transitioned from verbal to more musical.

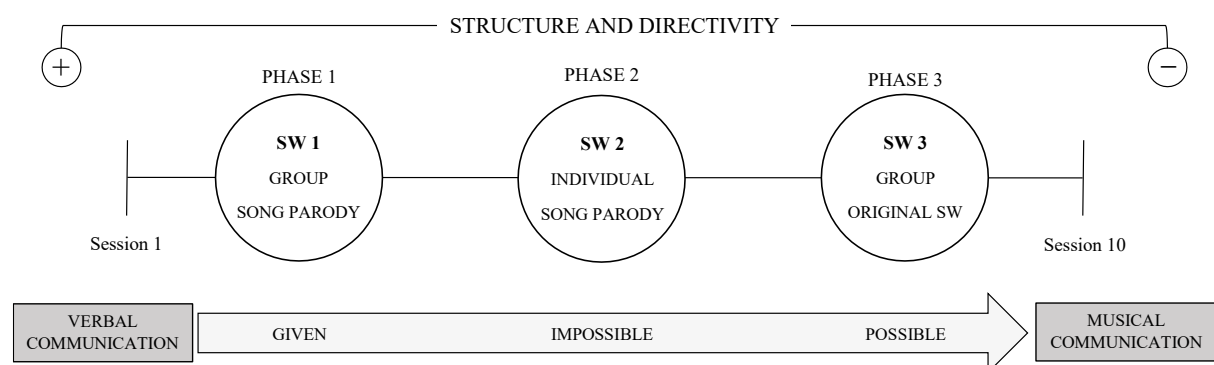
This intervention programme was theoretically based on Fiorini’s, the “creating psyche” model (Fiorini, 2007), and the Priestley “Analytical oriented music therapy” (AOM) model (Wigram et al., 2002). The Fiorini model was reflected both during the overall therapeutic process, and the different SW processes. The intervention and each song composition began with “the given”, represented by a known song melody, or a personal or

group problematic situation in order to provide structure and safety. After that, the issue was considered by means of the SW, which participants could consider as "impossible" and entail blockages and emotions such as fear, uncertainty and insecurity. Finally, a real and tangible “possible” was created, which was the composition itself, offering caregivers the experience of managing to overcome “the impossible” and to experience personal growth. The AOM model involves periods of verbal and musical interaction, seeking the balance between verbal and musical communication. Although this is an improvisation model, in this SGMT intervention we adapted it to the use of SW which also combines language and music. The SGMT process itself consisted of transferring the main communication from verbal to musical. This combination of interactive models, allowed caregivers to verbalise their concerns, start with the known and “the given” that it is the verbal communication, and process their emotions through a different and unknown tool, that is, musical communication.

Figure 1 outlines the SGMT programme where each of the three phases is aligned with a different SW approach, specifically chosen taking into account the theoretical models and the music therapist's approach previously presented. An exhaustive description and explanation of the three SW approaches is detailed below.

Figure 1

SGMT intervention programme

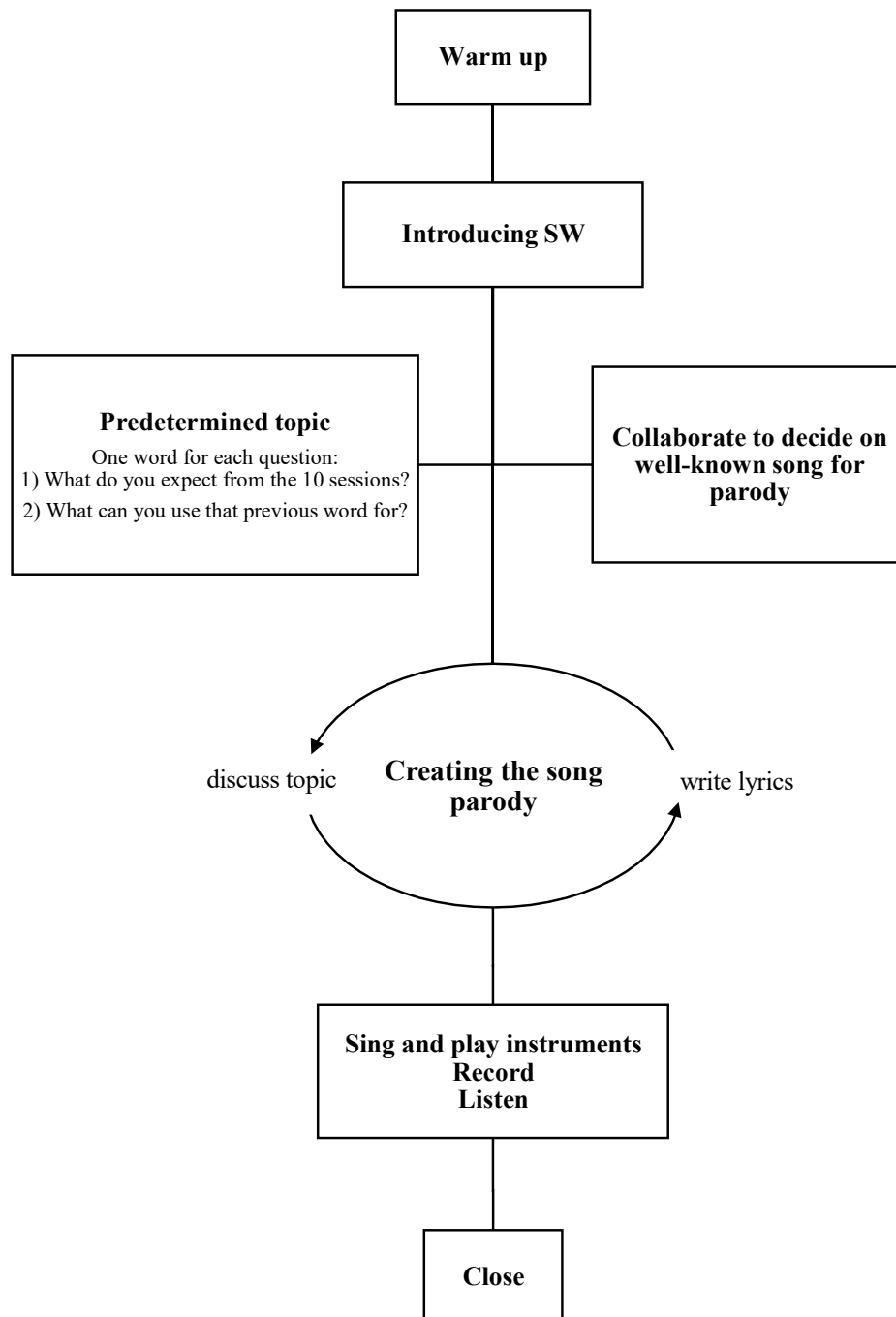


SW Process. The higher structure and directivity of the phase 1 is represented in the first SW approach, where a "song parody songwriting" was carried out in a group format. This was a very structured SW approach, since a pre-selected theme was used. The music therapist, asked (with a more directive role) "What do you expect from music therapy sessions?" Participants could answer with only one word (e.g. learning). Then, the therapist asked caregivers how that previous word (learning) could be useful for them (e.g. to feel better). Participants' verbal responses to the questions were used as the first song's lyrics. The objective of this first composition was to provide participants with a base of security and support, and enable self-confidence in their creation process. This structure was also reflected in the music, since a traditional well-known song (e.g. "La Bamba" or "La cucaracha") was selected by the group providing the melodic framework. It was essential to use a known song because the participants needed to have the melody perfectly internalised. Once the caregivers' song was composed, all of them sang the song while playing instruments.

This first SW approach allowed participants to express their needs and expectations about their own music therapy process, reflecting on how the opportunity of participating in the SGMT intervention can be useful for them. This first SW phase was designed as a group song to begin to explore the dynamics and roles of the group members and to encourage the development of a connection between them. Figure 2 shows the procedure followed by all groups. The process reflects the flow of the activity and the applicability of the theoretical methodology previously explained. These diagrams have been created based on Baker's (2015) work.

Figure 2

Steps involved in the group song parody method (SW 1)

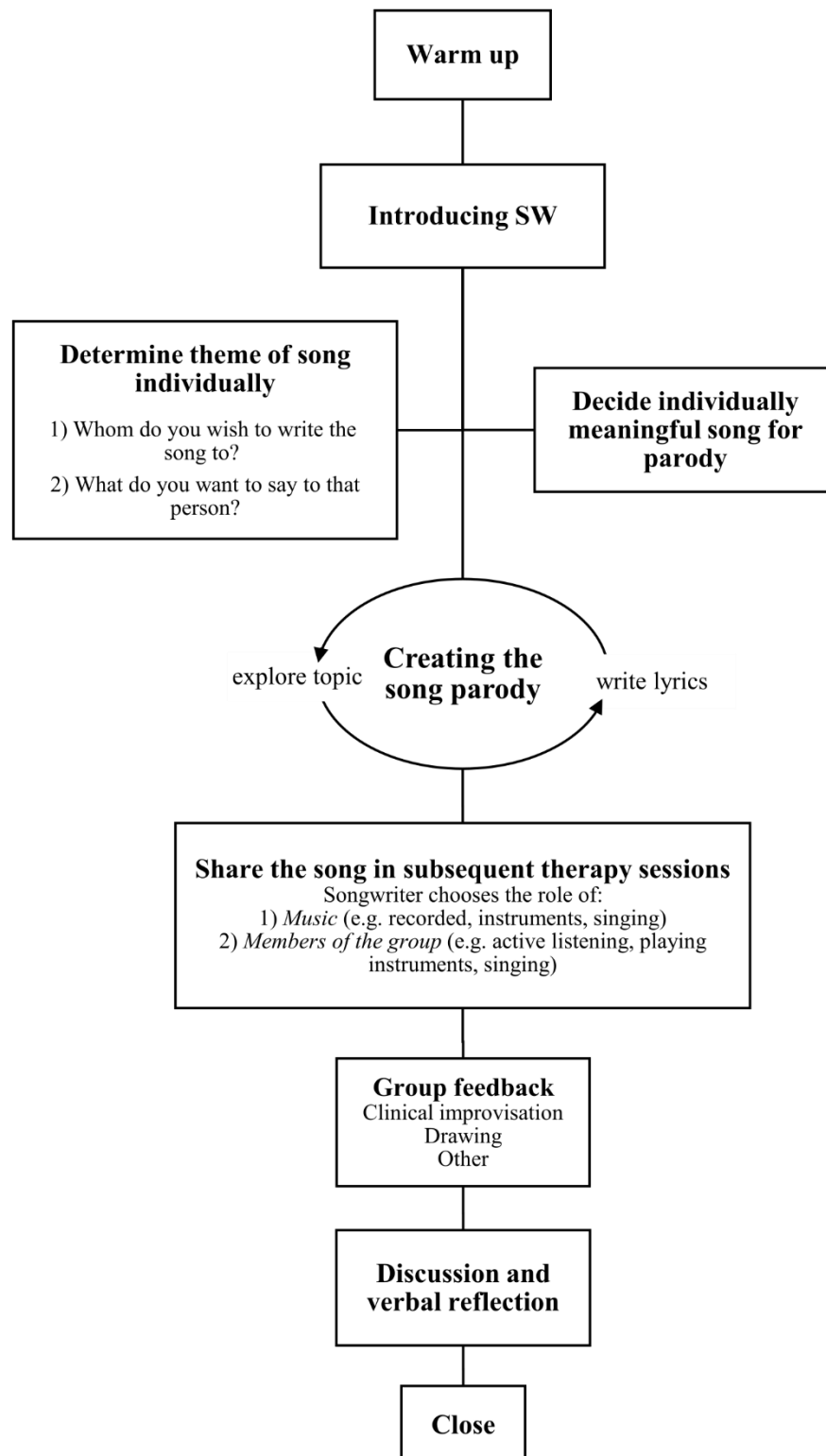


In the second phase, the song parody approach was used again. Nevertheless, this SW was conducted in an individual format, favouring the expression of individual needs, supported by the group. Doing the song parody individually provided participants with an individual space within the group dynamics. This approach enabled participants to individually elaborate on what they needed to work on in the group. The process was less structured than the earlier SW experience, as the caregivers were familiar with the activity, the choice of the theme was semi-structured and the music therapist did not adopt the directive position as during the previous phase. To create the lyrics for the individual song parody, the music therapist proposed that each participant could decide about who they wanted to write about and what they want to say to them. This design allowed participants to work on their goals and needs, expressing their emotions and thoughts. Additionally, the parodied song in the SW 2 was chosen by each caregiver, and it had to be meaningful for them. In this case, the music had that function of support and security because it was a song familiar to the person, but also possibly more emotionally charged than the song used in phase 1 because it belonged to their sound history.

In Figure 3 the moment of sharing the song becomes more relevant. As one of the objectives of this phase is to seek that balance between individual and group dynamics, the caregiver who shared the individual composition with the group, decided the role of the music (playing the parodied song, singing a cappella, with or without instruments), and how the group members were involved in its performance (singing with the caregiver, playing instruments or just listening). Then, each group member gave the caregiver non-verbal (clinical improvisation or drawing) followed by verbal feedback, leading to a collaborative group discussion. This dynamic gave each participant the opportunity to share their individual compositions with the group, choosing how they wanted to share their song compositions. The aim was to achieve a harmony between verbal and musical communication.

Figure 3

Steps involved in the individual song parody method (SW 2)

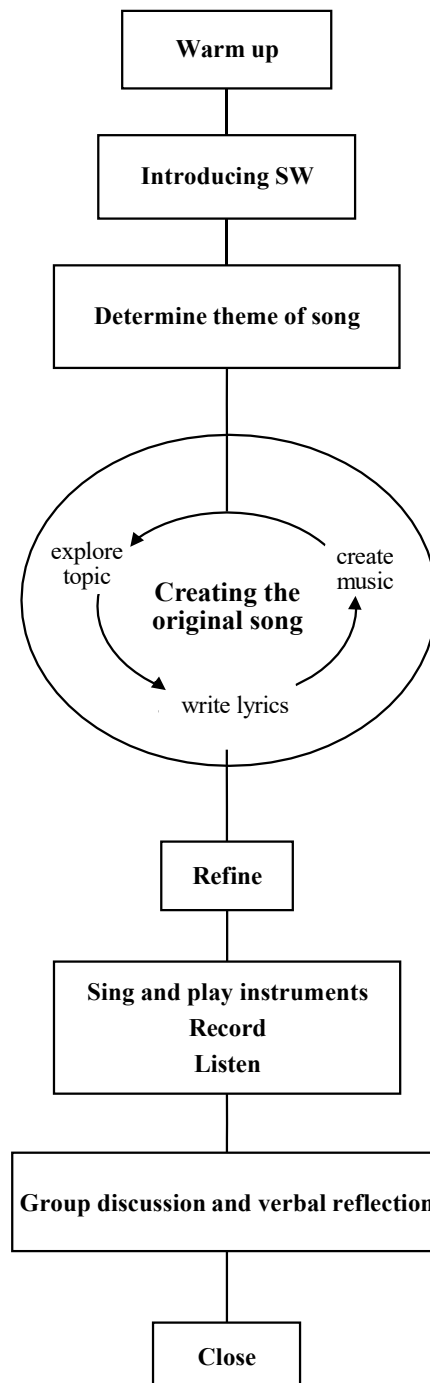


Finally, during phase 3, the “group original songwriting” was performed. At this point of the SGMT intervention, the group is expected to be cohesive and autonomous enough to be able to create the SW without much structure or direction provided from the music therapist. The objective of this SW approach was to reflect on the experiences lived during the sessions and to elaborate and give form to the emotions and thoughts that arose in order to close the group process. This SW 3 was an original composition since both the lyrics and the music were created by caregivers, expressing what they needed and enabling them to close what they had lived in the session. The theme and music are free, relying on the existing group cohesion in this phase of the treatment.

Figure 4 shows the flowchart illustrating the approach to compose the final song. To begin the activity, participants were invited to dialogue and reflect on what they would like to transmit as a community of caregivers. In this case, the music therapist offered them a known structure (ABABCB form), that could be followed if desired: Verse 1 (A) – Chorus (B) - Verse 2 (B)- Chorus (B) - Bridge (C) – Chorus (B). Once the lyrics were written, in order to create the music, caregivers discussed how the music would be presented in each part of the song, choosing instrumentation and musical parameters such as volume, rhythm, and dynamics. The music therapist created a guitar base for the song before the final session, wherein caregivers sang the song and played instruments several times until it was recorded. Then, they listened to the composed song, discussing and reflecting on their feelings and experience about the final SW product.

Figure 4

Steps involved in the original songwriting method (SW 3)



Statistical Analyses

The SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 27 programme was used to perform all the quantitative analyses. Descriptive statistics were used to describe the participant sample. Continuous variables were described by mean and standard deviation, and categorical variables by frequency and percentage. All data were introduced directly from the caregivers' responses, except the song lyrics.

Firstly, the lyrics translation was carried out, since the groups were conducted in Spanish and the lyrics were in that language too. This translation was necessary for the optimal use of LIWC-22 because the software processed the data by default using English LIWC dictionaries, which are the only actively maintained and updated by the software developers. The lyrics were individually translated by four bilingual researchers and then discussed among themselves the discrepancies found, so as not to lose the original meaning of the songs.

After obtaining the data with LIWC, they were entered into SPSS with the rest of information. Regarding the MSS, the global scores were calculated for each SW. Kolmogorov–Smirnov test was used to verify the normal distribution adjustment of the sample for each of the variables of the study. Since most of the variables did not have a normal distribution ($p < .05$), non-parametric tests were applied. In order to analyse the differences between the different SWs, Friedman and Dunn-Bonferroni post hoc tests were carried out. Spearman's coefficients were used for ordinal (level of dependency, importance or frequency of music) and quantitative variables (age and hours of caring) to measure the relationship between LIWC-data and MSS, but also between descriptive variables and SWs results. A p -value below .05 was defined as statistically significant.

Results

A total of 60 informal caregivers participated in the SGMT intervention, aged between 42 and 86 years (66.27 ± 9.83). Participants were mostly female (90%), married (66.7%), upper

secondary or lower educated (74.9%), and retired or unemployed (55.0%). Further informal caregivers' details are found in Table 2.

Table 2

Sociodemographic characteristics of the caregivers

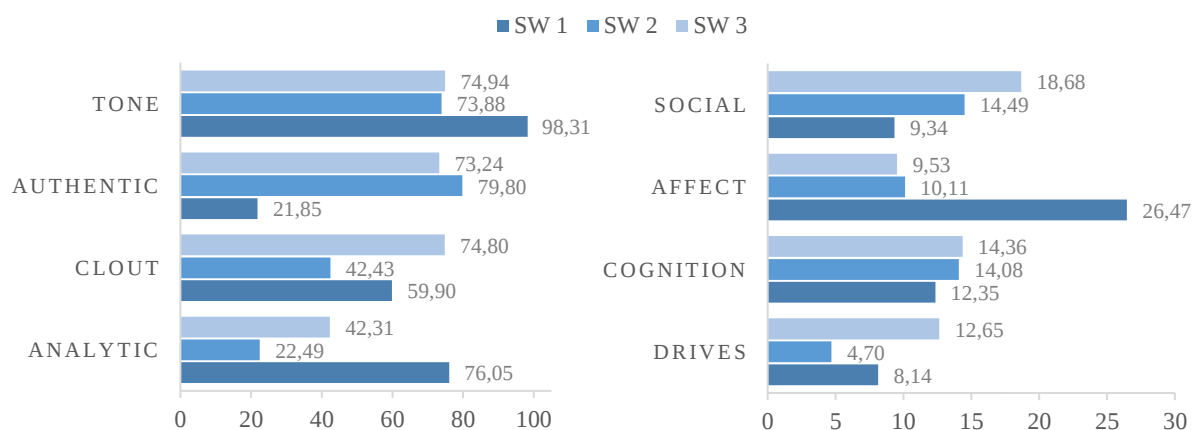
Sociodemographic variables		<i>N</i> (%) <i>n</i> = 60
Sex	Male	6 (10%)
	Female	54 (90%)
Marital Status	Married	40 (66.7%)
	Living as a couple	5 (8.3%)
	Divorced	3 (5%)
	Separated	2 (3.3%)
	Single	6 (10%)
	Widow/er	4 (6.7%)
Educational Level	Primary or below	8 (13.3%)
	Lower secondary	17 (28.3%)
	Upper secondary	20 (33.3%)
	Higher vocational training	7 (11.7%)
	Bachelor's or equivalent	4 (6.7%)
	Master's or equivalent	2 (3.3%)
	Doctoral or equivalent	2 (3.3%)
Occupation	Employed	11 (18.3%)
	Unemployed	7 (11.7%)
	Retired	26 (43.3%)
	Housework	13 (21.7%)
	Other	3 (5%)

In relation to the kinship of the caregiver in this study the sample was composed of 27 sons and daughters (45%), 26 spouses (43.3%), 4 brothers and sisters (6.7%) and 3 caregivers classified as "other" (5%), dedicating an average of 42.07 hours per week to caregiving. In addition, the profile of the cared person was 32 men (53.3%) and 28 women (46.7%), with a mean age of 81.68 ($SD = 10.27$) and a dependency level of 48.42, indicating a moderate dependency according to Barthel's ranges. A total of 96.7% of caregivers affirmed that they liked music and that it was important or slightly important in their daily life of 3.87 ($SD = 0.96$). They listened to music with a frequency of 3.8 ($SD = 0.80$), nearly to frequently.

Regarding the results related to the SGMT intervention, the descriptive statistics of the variables are reported depending on the three types of SW. Firstly, with respect to the MSS, the meaning of the three types of SW were rated in 57 responses each, with the means as follows: SW 1 (81.30 ± 12.58), SW 2 (83.05 ± 14.17) and SW 3 (88.79 ± 10.85). Secondly, the information processed by the LIWC software in relation to the three SW approaches ($n = 60$ each SW), can be found illustrated in Figure 5. It shows both the summary variables (analytic, clout, authentic, and tone); and the psychological processes category (drives, cognition, affect, and social processes).

Figure 5

Summary variables and psychological processes from LIWC for each SW



Additional tests were applied in order to statistically analyse the differences between means of these SW approaches' variables (Table 3). The first one was the Friedman test, that was carried out to compare the total understanding scores of MSS and LIWC for the three types of SW. Significant differences were found between the SW's methods, $\chi^2(2) = 50.033$, $p < .001$. The next step carried out was the Dunn-Bonferroni post hoc tests, where significant differences were identified on MSS and LIWC variables on the paired comparison between SW methods. Most of the significant differences found presented a medium-high effect size.

Table 3

Results of Friedman test and post-hoc analysis between the three types of SW

Songwriting Variables	<i>p</i> Friedman	Post-Hoc Analysis					
		SW1-SW2		SW2-SW3		SW1-SW3	
		<i>p adj.</i>	<i>r_{pb}</i>	<i>p adj.</i>	<i>r_{pb}</i>	<i>p adj.</i>	<i>r_{pb}</i>
MSS	<.001	1	-	.009	.28	<.001	.36
LIWC-22							
Summary Variables							
Analytic	<.001	<.001	.66	.024	.24	<.001	.42
Clout	<.001	.120	-	<.001	.39	.085	-
Authentic	<.001	<.001	.76	.513	-	<.001	.65
Tone	<.001	<.001	.55	1	-	<.001	.55
Psychological Processes							
Drives	<.001	.002	.31	<.001	.70	<.001	.40
Cognition	.022	.134	-	1	-	.024	.24
Affect	<.001	<.001	.56	1	-	<.001	.64
Social processes	<.001	.014	.26	<.001	.38	<.001	.64

Note. MSS = Meaningfulness of Songwriting Scale; LIWC-22 = The Linguistic Inquiry and Word Count; *p adj.* = Bonferroni's correction; *r_{pb}* = point biserial correlation effect size.

The data between MSS and LIWC were correlated for each SW, obtaining that the meaningfulness was correlated positively with the “tone” content dimension in the SW 1 ($Rho = .327, p = .013$) and, on the SW 3 the MSS correlated negatively with the “affect” ($Rho = -.291, p = .028$).

In order to find out if some of the SWs’ results presented are related to previous variables, additional spearman correlations were performed. When analysing the correlations between the MSS with previous descriptive variables there were no correlations. Regarding the LIWC variables, in the first SW the “analytic” content was positively correlated with the level of dependency ($Rho = .303, p = .019$), as well as the “tone” with the number of care hours ($Rho = .431, p = .001$). In the SW 2, it correlated positively “clout” with importance of music ($Rho = .323, p = .012$) and “authentic” negatively with the number of the care hours ($Rho = -.260, p = .045$). The SW 3, presented multiple correlations. On the one hand, the care hours positively correlated with “clout” ($Rho = .372, p = .003$) and with “social processes” ($Rho = .308, p = .017$). On the other hand, the age of the caregivers correlated negatively with “authentic” ($Rho = -.326, p = .011$), and positively with “affect” ($Rho = .280, p = .030$).

Discussion

Informal caregivers often experience burden due to the continuous care, leading to isolation and decreasing social networks (Hajek et al., 2021). Therefore, working with them to enhance their quality of life is highly important, especially with group interventions to address this social need (Lauritzen et al., 2015). Music therapy is taking on a very important role in the work with informal caregivers of older people with dependency, employing especially the therapeutic songwriting (Irons et al., 2020). The challenge about this therapy is that research studies usually do not provide a detailed description of music therapy programmes, which makes it difficult to replicate (Robb et al., 2011). This study presents an intervention programme comprising three phases based on three SW approaches. Therefore, the main

objective of this research was to describe and analyse the intervention programme for family caregivers of older people with dependency. In order to understand the underlying mechanisms of change emerged (Baker et al., 2015, 2016; Baker & MacDonald, 2014), this study explored how the three SW approaches used in the programme might contribute to the clinical therapeutic process.

The results demonstrate the therapeutic evolution expected when designing the intervention programme. Firstly, it was observed that the compositions presented more meaningfulness for the caregivers as the process progresses. This meaning was more present from the SW 2 onwards, with a significant difference between the SW 2 and SW 3. However, for the caregivers the greatest difference in the meaningfulness of the SWs was between the group ones (SW 1 and SW 3). The therapeutic process itself was reflected through the course of this variable, since as the therapy progresses, the compositions became more relevant for the caregivers. The literature regarding the comparison of SW methods is practically non-existent. Baker & MacDonald (2013, 2014) applied both parody and original songwriting with students and retirees, concluding that original songwriting was more transcendent and personal compared to the parody one.

Secondly, regarding the content of the songs, there was a decreasing tendency of analytical thinking throughout the sessions. The SW 2 was the least analytical, probably because it was the most personal as it was created individually. The most analytical was the first composition, presenting a marked difference when compared to the other SWs. This means that the caregivers were becoming less rigid and cold, evolving towards a friendlier and more personal behaviour (Pennebaker et al., 2022). The clout content was higher in group SWs, presenting this confidence and security focused on the group (Fox & Royne Stafford, 2021). Despite this, the significant difference was between the individual song parody (SW 2) and the group original songwriting (SW 3), not occurring between the SW 1 and SW 2, which may be

due to the fact that this variable took more relevance at the end of the process, when the group was cohesive and felt more confident.

In reference to the authentic content, it was greater as the intervention progresses. The least authentic was the SW 1, so when comparing it with the following SWs it is where the greatest differences were found. This may be due to the fact that at the beginning of the intervention the caregivers did not already know each other, so the group was not formed and cohesive yet. Caregivers might not feel confident enough with the other members of the group and in a place that was not safe enough to be honest with themselves and their emotions, blocking their real needs (Baker, 2013a; Markowitz et al., 2023). In the same line, the tone content decreased after the SW 1, which only presented positive emotions, observing a tendency to positivism. This data could be an indicator of unrealistic and excessive positivism, hiding part of their emotions, blocking, and not showing emotions with a more negative or realistic connotation (Goodman, 2022). As the authentic content, this might occur because it was the first SW they had to face, being the beginning of a type of intervention they were unfamiliar with and not feeling confident with the group to show their emotions.

Regarding the content related to psychological processes, it was found that the drive was in the group, since this content was higher in the group SWs. The most remarkable was the SW 3, since it was the one that presented the greatest differences when compared to the previous ones. This means that the highest drive content was found at the end of the process, when the group already had strong bonds. The cognition variable did not present remarkable findings, since it was not a common need of the caregivers and it was not presented as a goal of the therapy. Nevertheless, it is worth mentioning that this variable increased throughout the sessions to a small extent, with a notable difference between the SW 1 and SW 3, which may be due to the greater insight generated by the therapy (Barnett, 1978; Van Camp et al., 2017).

The affective content presented a similar pattern as the tone variable previously mentioned, being significantly higher in the SW 1 compared to SW 2 and SW 3. Finally, the content related to social processes increased significantly as the intervention progresses, with higher content observed in each SW. Based on the results thus far, it could be suggested that, in the SW 2, as it was individual, this content would decrease, but it maintains the upward trend, with the highest social content being found in the SW 3. This result really shows the process caregivers were going through as a group and the relevance that the other members of the group have had for them, reinforcing the idea that the intervention designed consolidates social bonds.

The discussion of all the results related to content and meaningfulness leads to confirm that therapeutic work done through SWs has created a group cohesion that provides a safe space for informal caregivers. The stimulus for the caregivers' therapeutic work is the group. Many studies have been conducted about the factors that contribute to the success of therapy, and it has been found that in group therapy, the cohesion is a driver of success in therapy, being one of the most important predictors of outcomes in group therapy (Burlingame et al., 2018; Pappas, 2023). This cohesion in SGMT has led to a decrease in the more automatic and controlled content observed at the first phase of the intervention, showing their real emotions and concerns as the group was formed. At the beginning they relied on unrealistic positivity and analytical thinking, as this was where they felt safe, because they had no other support at that moment. Therefore, the first composition was more meaningful when the emotional content was more positive. Nonetheless, this changed completely at the end of the process, finding SW 3 more meaningful when the affective content was less positive. Baker, (2013a) stated that the strength of cohesion is directly related to the degree of honesty, authenticity, and support felt by group members. The level of intimacy, trust, and safety of the group are

important factors in driving the therapeutic composition process, as they are more willing to open up with authenticity.

These findings, derived from the therapeutic intervention carried out through different SW approaches, could be influenced by other previous characteristics of the sample (Baker, 2015). Firstly, it was found that meaningfulness of SW was not influenced by previous variables. This indicates that the results presented are due to the designed intervention itself and not to prior variables. Secondly, regarding the content of the compositions, the prior variables did not present a longitudinal trend throughout the intervention that could lead to a conclusion about their influence. However, it is worth mentioning that in SW 2 the previous relationship with music was relevant, a finding that was not present in the other SWs. It could be observed that the variable clout was related to the importance and presence that the caregiver gave to music in his or her life. This may be due to the more personal role that music plays in this SW, since the song played was chosen by them and was part of their sound history. This finding supports the information provided by Baker (2015) who stated that the relationship with the music could influence the SW process.

Another aspect to be highlighted is the weekly hours that caregivers dedicated to the caring, being a previous variable present in all the SWs, which might be an aspect that can influence on the results presented. At the beginning of the therapy, caregivers who presented emotions with a positive tone are those who dedicated more hours to caregiving. In addition, the highest analytical initial content was related to caregivers who care for individuals with higher levels of dependency. These findings indicated that caregivers with more caregiving burden presented greater initial resistances and blocks. In the middle of the process, these blocks continued, with authentic content being lower in those caregivers who dedicated more hours to caregiving. Nevertheless, as the process progresses, the clout and social content was more present in those who invested more hours per week in caregiving, with insecurities

dissipating and the social aspect taking importance. Interaction findings suggested that the results about the therapeutic intervention were more present in those caregivers with higher levels of dedication to caregiving. Several studies have concluded that hours of care and level of dependency are variables that predict greater burden (Gratao et al., 2012; Ruisoto, Ramírez, et al., 2020; Vaingankar et al., 2016), so these findings are very encouraging and promising for the scientific and clinical community.

Limitations and Future Research

In order to replicate the current programme and to consider the interpretations of the reported results, it should be recognized as a limitation that the songs had been translated from Spanish to English and the real meaning of the songs could have been lost. Furthermore, there was no control design that could confirm whether the results are due to the intervention programme itself. Therefore, future research could apply this intervention changing the order of the SWs or employing other SW approaches in order to verify whether the outcomes are similar or not. It would also be interesting to apply the intervention programme presented in this study to other types of informal caregivers, like those who care for children and evaluate its possible validation. Finally, as previous studies have shown that group size is a variable that can influence on the group SW process (Baker, 2013a), it would be interesting to apply the intervention to larger groups and check the variability of the outcomes.

Conclusions

The present study provides empirical outcomes that lead to a better understanding of the mechanisms of change occurred during the SGMT intervention. It can be concluded that group cohesion, worked through the intervention programme based on different SW approaches, promotes insight and enables caregivers' therapeutic process. The SW intervention has enabled caregivers to connect with their authentic needs and emotions. This has been possible thanks to the social bond created throughout the sessions, providing a safe and trusting

space, where caregivers felt comfortable to express those emotions and reduce initial internal blocks. It is also concluded that this intervention programme is more beneficial for those caregivers with greater caregiver overload. Additionally, this study reflects the need to adapt the interventions to the times and needs of the patients. Hence, the work and training of the therapist to select the most appropriate therapeutic tools for the population to which the intervention is directed is relevant. One way to manage this is by regulating the structure and directionality used throughout the therapeutic process. Carrying out this adaptation in music therapy is possible thanks to the versatility of the SW technique and the different approaches that can be used. It is hoped that with this description of the intervention programme created, other music therapists will be able to replicate it at clinical level and provide a clear basis for future research.

References

- Alves, L. C. de S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. de C., & Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415–421.
<https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Baker, F. A. (2013a). Music Therapists' Perceptions of the Impact of Group Factors on the Therapeutic Songwriting Process. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 137–143.
<https://doi.org/10.1093/mtp/31.2.137>
- Baker, F. A. (2013b). The environmental conditions that support or constrain the therapeutic songwriting process. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 230–238.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.02.001>
- Baker, F. A. (2013c). The ongoing life of participant-composed songs within and beyond the clinical setting. *Musicae Scientiae*, 17(1), 40–56.
<https://doi.org/10.1177/1029864912471674>

- Baker, F. A. (2014). An investigation of the sociocultural factors impacting on the therapeutic songwriting process. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 123–151.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2013.783094>
- Baker, F. A. (2015). *Therapeutic Songwriting: Developments in Theory, Methods, and Practice*. Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137499233_13
- Baker, F. A. (2017). A theoretical framework and group therapeutic songwriting protocol designed to address burden of care, coping, identity, and wellbeing in caregivers of people living with dementia. *Australian Journal of Music Therapy*, 28, 16–33.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.359236443893558>
- Baker, F. A., & MacDonald, R. A. R. (2013). Flow, identity, achievement, satisfaction and ownership during therapeutic songwriting experiences with university students and retirees. *Musicae Scientiae*, 17(2), 131–146.
<https://doi.org/10.1177/1029864913476287>
- Baker, F. A., & MacDonald, R. A. R. (2014). Experiences of creating personally meaningful songs within a therapeutic context. *Arts & Health*, 6(2), 143–161.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2013.808254>
- Baker, F. A., Rickard, N., Tamplin, J., & Roddy, C. (2015). Flow and Meaningfulness as Mechanisms of Change in Self-Concept and Well-Being Following a Songwriting Intervention for People in the Early Phase of Neurorehabilitation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00299>
- Baker, F. A., Silverman, M. J., & MacDonald, R. (2016). Reliability and Validity of the Meaningfulness of Songwriting Scale (MSS) with Adults on Acute Psychiatric and Detoxification Units. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 55–74.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv020>

- Baker, F. A., Stretton-Smith, P., Clark, I. N., Tamplin, J., & Lee, Y.-E. C. (2018). A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. *Frontiers in Medicine*, 5, 151. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00151>
- Baker, F. A., & Yeates, S. (2018). Carers' experiences of group therapeutic songwriting: An interpretive phenomenological analysis. *British Journal of Music Therapy*, 32(1), 8–17. <https://doi.org/10.1177/1359457517728914>
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D., & McFerran, K. (2008). Therapeutic Songwriting in Music Therapy. Part I: Who are the Therapists, Who are the Clients, and Why is Songwriting Used? *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 105–123. <https://doi.org/10.1080/08098130809478203>
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D., & McFerran, K. (2009). Therapeutic songwriting in music therapy, Part II: Comparing the literature with practice across diverse clinical populations. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), 32–56. <https://doi.org/10.1080/08098130802496373>
- Barnett, J. (1978). Insight and Therapeutic Change. *Contemporary Psychoanalysis*, 14(4), 534–544. <https://doi.org/10.1080/00107530.1978.10745558>
- Boyd, R. L., Ashokkumar, A., Seraj, S., & Pennebaker, J. W. (2022). *The Development and Psychometric Properties of LIWC-22*. University of Texas at Austin. <https://www.liwc.app>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384–398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Aguirre-Morales, M. T. (2021). Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(12), 1690. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121690>

- Ferguson, R. M. (2006). *Effect of Music Therapy Songwriting on the Identification and Utilization of Short-Term Coping Strategies by Caregivers of Loved Ones with Alzheimer's Disease*. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-4478
- Fiorini, H. (2007). *El psiquismo creador*. AgrupArte.
- Fox, A. K., & Royne Stafford, M. B. (2021). Olympians on Twitter: A Linguistic Perspective of the Role of Authenticity, Clout, and Expertise in Social Media Advertising. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 42(3), 294–309. <https://doi.org/10.1080/10641734.2020.1763521>
- García-Valverde, E., Badia, M., & Orgaz, M. B. (2022). Self-care and creativity: A group therapeutic songwriting intervention protocol for caregivers of people with dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 31(4), 327–343. <https://doi.org/10.1080/08098131.2021.1998197>
- García-Valverde, E., Badia, M., Orgaz, M. B., & González-Ingelmo, E. (2020). The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: An exploratory study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(1), 4–19. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1630666>
- Goodman, W. (2022). *Toxic Positivity: Keeping It Real in a World Obsessed with Being Happy*. Penguin Publishing Group. <https://books.google.es/books?id=aNstEAAAQBAJ>
- Gratao, A. C. M., Vendrúscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H.-H. (2021). Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>

- Irons, J. Y., Garip, G., Cross, A. J., Sheffield, D., & Bird, J. (2020). An integrative systematic review of creative arts interventions for older informal caregivers of people with neurological conditions. *PLOS ONE*, 15(12), e0243461. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243461>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127–137. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es
- Klein, C. M., & Silverman, M. J. (2012). With Love From Me to Me: Using Songwriting to Teach Coping Skills to Caregivers of Those With Alzheimer’s and Other Dementias. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/15401383.2012.685010>
- Lauritzen, J., Pedersen, P. U., Sørensen, E. E., & Bjerrum, M. B. (2015). The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(6), 373–433. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2121>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Markowitz, D. M., Kouchaki, M., Gino, F., Hancock, J. T., & Boyd, R. L. (2023). Authentic First Impressions Relate to Interpersonal, Social, and Entrepreneurial Success. *Social Psychological and Personality Science*, 14(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/19485506221086138>
- O’Callaghan, C., & Grocke, D. (2009). Lyric analysis research in music therapy: Rationales, methods and representations. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 320–328. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.09.004>

- O'Kelly, J. (2008). Saying it in song: music therapy as a carer support intervention. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(6), 281–286. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.6.30023>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.-E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Chiam, P. C., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Pappas, S. (2023). Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. Here's how to do it successfully. *Monitor on Psychology*, 54(2), 30. <https://www.apa.org/monitor/2023/03/continuing-education-group-therapy>
- Pennebaker, J. W., Boyd, R. L., Booth, R. J., Ashokkumar, A., & Francis, M. E. (2022). *Linguistic inquiry and word count: LIWC-22*. <http://www.liwc.app>
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological Aspects of Natural Language Use: Our Words, Our Selves. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 547–577. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145041>
- Pérez-Núñez, P., O'Callaghan, C., López-Paz, J. F., Ruiz de Lazcano, A., Rodríguez, A. A., & Amayra, I. (2024). Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1334875>
- Robb, S. L., Carpenter, J. S., & Burns, D. S. (2011). Reporting Guidelines for Music-based Interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>
- Rodríguez-González, A., Rodríguez-Míguez, E., & Claveria, A. (2021). Determinants of caregiving burden among informal caregivers of adult care recipients with chronic

- illness. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1335–1346.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15683>
- Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2020). Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 86, 103952.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952>
- Ruisoto, P., Ramírez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S., & Clemente-Suárez, V. J. (2020). Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7338.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17197338>
- Silverman, M. J., Baker, F. A., & MacDonald, R. A. R. (2016). Flow and meaningfulness as predictors of therapeutic outcome within songwriting interventions. *Psychology of Music*, 44(6), 1331–1345. <https://doi.org/10.1177/0305735615627505>
- Steiner-Brett, A. C. (2023). The use of music therapy to address psychosocial needs of informal caregivers: An integrative review. *The Arts in Psychotherapy*, 84.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102036>
- Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The Psychological Meaning of Words: LIWC and Computerized Text Analysis Methods. *Journal of Language and Social Psychology*, 29(1), 24–54. <https://doi.org/10.1177/0261927X09351676>
- Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., Sambasivam, R., Chua, B. Y., Ng, L. L., Prince, M., & Subramaniam, M. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(2), 221–231.
<https://doi.org/10.1017/S104161021500160X>

- Van Camp, L. S. C., Sabbe, B. G. C., & Oldenburg, J. F. E. (2017). Cognitive insight: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 12–24.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.011>
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. Jessica Kingsley Publishers. <https://books.google.es/books?id=qDNKfX3g3ykC>
- Wilhelm, L., & Wilhelm, K. (2020). Music-Based Interventions with Informal Caregivers of Adult Care Recipients: An Integrative Review. *Music and Medicine*, 12(3), 177.
<https://doi.org/10.47513/mmd.v12i3.667>

V. Discusión

5. Discusión

El propósito de la presente tesis se centra en estudiar los efectos de un programa de intervención de musicoterapia basado en la composición de canciones aplicado a cuidadores informales de personas mayores, analizando los efectos desde diferentes metodologías, ofreciendo una perspectiva tanto científica como clínica.

El objetivo del *Estudio I* consistió en evaluar los efectos directos del programa de musicoterapia grupal basado en el songwriting, comparando los niveles de ansiedad, depresión, sobrecarga y CVRS entre un grupo de cuidadores que participaron en la intervención y un grupo control. Tras confirmar la homogeneidad entre ambos grupos, tanto en variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado como en variables de resultado, los hallazgos revelaron los efectos de la intervención. Los resultados mostraron una disminución en los niveles de ansiedad rasgo y una mejora en ciertas variables de la CVRS: en el funcionamiento social, en las limitaciones del rol debido a problemas físicos y en la variable resumen física; en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. La conclusión a la que lleva este estudio consiste en los efectos potenciales de esta intervención en cuidadores informales, focalizándose éstos en ciertos aspectos a nivel emocional, social y físico.

Al contrastar los resultados hallados con la literatura, resulta complejo dar con estudios similares en los que se evalúen los efectos de la intervención dirigida únicamente a cuidadores comparando un grupo control y experimental. Sin embargo, los resultados presentados podrían coincidir con el trabajo de Choi (2010), en el que se incluyeron cuatro condiciones experimentales: escucha de música grabada, relajación muscular, combinación de ambas, y un grupo control. En este estudio se observó que el grupo de sólo música, así como la condición combinada, mostraron una reducción de los niveles de ansiedad y fatiga entre los diferentes tiempos. No obstante, se puede poner en entredicho si alguna de las condiciones aplicadas

podría considerarse musicoterapia ya que los cuidadores simplemente escuchaban música, sin la presencia del musicoterapeuta.

Otros estudios muestran efectos positivos en otras variables no analizadas en el *Estudio I*, como la investigación de Ferguson (2006), donde el autor comparó un grupo de intervención de songwriting con un grupo control activo, encontrando que ambos grupos aumentaron el uso de estrategias de afrontamiento. Sin embargo, las diferencias significativas se encontraron en el grupo experimental, donde las personas que participaron en el songwriting fueron capaces de identificar y utilizar un número significativamente mayor de estrategias de afrontamiento desde la medida previa hasta la posterior a la intervención. Estas diferencias no se mantuvieron cuando se compararon los dos grupos.

Como se puede comprobar, los estudios que emplean un diseño controlado son escasos, por lo que cabe tener en cuenta para la discusión de los resultados aportados en el *Estudio I* aquellas investigaciones que dirigen la intervención a la díada paciente-cuidador. Un ejemplo es el estudio de Kim (2006) donde, a través de tres condiciones experimentales, reportó una mejora en la relajación y estado emocional de los cuidadores. Okamoto (2005) cuenta con un estudio con una de las muestras más grandes, con 60 participantes, encontrando una mejora en la calidad de vida en el grupo experimental respecto al control. Asimismo, también se dieron mejoras en las puntuaciones de otras variables como la espiritualidad y el duelo, sin ser éstas significativas al ser comparadas entre los dos grupos. Un problema de este estudio es que solo tuvieron en cuenta la medida posterior, sin controlar de ninguna manera que los dos grupos fueran homogéneos en las variables estudiadas previamente. Otro estudio de ensayo controlado donde se evalúan los efectos de la intervención dirigida a cuidador y persona cuidada es el de Dvorak (2015), encontrando una mejora significativa en el estado de ánimo y una reducción en la variable de ansiedad en el grupo de intervención y sin cambios en el grupo control a lo largo del tiempo. También se reportó una mejora, aunque no significativa, en el apoyo social y en la

calidad de vida. Es necesario comparar los resultados de Dvorak con los del *Estudio I* con cautela, ya que pueden no resultar representativos para el grupo de cuidadores porque reportan los resultados de cuidador y paciente juntos, sin discriminar a quién pertenece cada puntuación.

Para evaluar los efectos de la musicoterapia aplicada a cuidadores informales, se encuentran sobre todo estudios con diseños pre/post, pero sin incluir un grupo control. Ampliando la discusión de los resultados, teniendo en cuenta también estudios con esta metodología, se puede comprobar cómo coinciden con los resultados del *Estudio I*. La variable de ansiedad es una de las que más efectos positivos se reportan de la musicoterapia en cuidadores, aunque siendo en todos los casos la ansiedad como estado y no como rasgo la que mejora con la intervención, al contrario de los hallazgos encontrados en el presente estudio (Brotons y Marti, 2003; García-Valverde et al., 2020; Raglio et al., 2016).

En cambio, existen muy pocos estudios que reporten beneficios sobre el aspecto físico, aunque en el estudio de García-Valverde et al. (2020), donde también aplica una intervención basada en la técnica del songwriting con cuidadores de personas con demencia, además de los beneficios en variables emocionales, también hubo una reducción en el dolor corporal. Otros estudios encontraron cambios en variables que pueden estar relacionadas con el bienestar físico, como la relajación, la fatiga y el estrés (Choi, 2010; Kim, 2006; Steiner, 2019).

En lo que respecta a la dimensión social, esta es una variable que no presenta diferencias significativas entre los estudios publicados, siendo la discrepancia más grande encontrada entre el *Estudio I* y la literatura existente. Este hallazgo es remarcable ya que el aspecto social es una de las necesidades más destacadas y que, además, actúa como predictora de una buena calidad de vida. Sin embargo, que en otros estudios no se hayan encontrado diferencias significativas en la variable social no implica que no se den beneficios a este respecto. De hecho, en estudios que incluyen metodologías cualitativas la variable social es la que destaca en relación al resto. García-Valverde et al. (2022), por ejemplo, identificaron como uno de los temas resultantes del

análisis temático sobre la intervención, la generación de un sentimiento de conexión entre los miembros del grupo, incluyendo tres subtemas: el sentimiento de pertenencia a un grupo, la empatía y el apoyo, y la fuerza del grupo.

No obstante, estos resultados sociales positivos encontrados en los estudios cualitativos se refieren a las experiencias vividas durante las sesiones de musicoterapia. Por el contrario, al analizar la literatura sobre los efectos a nivel cuantitativo, este aspecto social no se refleja como un cambio surgido entre antes y después de las intervenciones. Esto sugiere que los beneficios del programa de intervención del presente proyecto se extienden más allá del periodo de intervención, generalizando las mejoras en el funcionamiento social a la vida cotidiana de los cuidadores (Stokes y Osnes, 1989).

Esta evidencia pone de manifiesto la importancia de emplear diversos métodos de investigación para evaluar los efectos de las intervenciones de musicoterapia. Incluir esta perspectiva reduciría ciertos sesgos, ya que algunos resultados positivos podrían pasar desapercibidos o no ser identificados con metodologías cuantitativas, lo que llevaría a la idea errónea de la eficacia de una intervención cuando la información simplemente no se ha recogido y/o analizado adecuadamente (Bradt, 2012; Warth et al., 2015). Además, esta perspectiva únicamente cuantitativa no suele estudiar y profundizar en los factores explicativos sobre estos efectos. Si bien es cierto que esto puede ser analizado a través de análisis estadísticos específicos, las variables estudiadas suelen ser externas a la intervención, resultando complejo obtener esta información sin incluir una metodología cualitativa.

Estos factores son los que llevaron al desarrollo del segundo trabajo de esta tesis. Complementando los resultados del primer trabajo, el *Estudio II* tenía como objetivo principal analizar, a través de una metodología mixta, la experiencia de los cuidadores al participar en el programa de intervención diseñado. En concreto, se examinó la percepción de los cuidadores y se analizaron los cambios intrasujeto a largo plazo (en las variables ansiedad, depresión,

sobrecarga, CVRS, espiritualidad y estrategias de afrontamiento), de manera conjunta, para lograr determinar y entender el impacto de la intervención en la calidad de vida de los cuidadores.

Los resultados cuantitativos del *Estudio II* reflejaron una disminución al terminar la intervención en los niveles de ansiedad rasgo y depresión, así como una mejora en las puntuaciones de paz interior, función social y salud mental. A largo plazo, comparando las medidas previas a la intervención con el seguimiento de tres meses tras finalizar ésta, los cambios significativos se mostraron en las variables ansiedad estado y rasgo, depresión, sobrecarga, paz interior, sentimiento de plenitud, componente sumario mental, función social y dolor corporal. No obstante, no se encontraron cambios significativos en ninguna de las estrategias de afrontamiento evaluadas a nivel cuantitativo, ni tras terminar la intervención ni después de tres meses.

En lo que respecta a los resultados cualitativos, éstos se resumen en tres temas principales surgidos del análisis temático, cada uno de ellos compuestos por dos subtemas: (a) la intervención basada en la composición de canciones puede mejorar el desarrollo personal, el autocuidado y la gestión de los cuidados de los cuidadores (con los subtemas “autoconocimiento, crecimiento personal y autocuidado” y “estrategias de afrontamiento”); (b) la intervención puede evocar una amplia variedad de emociones de los cuidadores, permitiéndoles desahogarse y procesarlas (con los subtemas “hacer aflorar las emociones” y “expresar y procesar las emociones personales”); y (c) las dinámicas interpersonales surgidas de la intervención apoyan a los cuidadores (compuesto por los subtemas: “la cohesión que fomenta el compartir” e “identificación grupal y apoyo”).

El diseño convergente de la metodología mixta empleado en el *Estudio II*, permitió confluir los resultados de ambas metodologías, analizándolos en conjunto comparando las semejanzas y diferencias. La principal discrepancia encontrada entre los resultados de ambas

metodologías se centra en las estrategias de afrontamiento. Mientras que a nivel cuantitativo no se observaron cambios, los resultados cualitativos destacan entre sus temáticas el papel del trabajo realizado a través de la intervención sobre el afrontamiento. Dicha diferencia podría deberse al cuestionario empleado, pudiendo no ser sensible a los cambios pequeños, ya que solo incluye dos ítems por dimensión.

El enfoque mixto proporciona una discusión de los resultados que se ve enriquecida por las diferentes perspectivas, llegando a unas conclusiones más complejas y profundas. En este caso, los hallazgos convergentes permitieron comprender los efectos surgidos de la intervención. La conclusión principal del *Estudio II* se resume en que los cuidadores, a través de la intervención, pudieron alcanzar una adaptación psicológica en relación a la situación del cuidado y, con ello, una mejora en su calidad de vida. Esto lo lograron a través del trabajo sobre la regulación emocional y el afrontamiento, así como por el apoyo social que supuso el trabajo grupal de la intervención. La intervención facilitó un trabajo profundo e interno, conseguido sobre todo gracias a las dinámicas interpersonales creadas, ayudando a los cuidadores a descubrir una perspectiva diferente sobre cómo entender y gestionar la situación de cuidado y las emociones que surgen al respecto. Este apoyo social y afrontamiento funcional reportados en el *Estudio II*, se han mostrado a lo largo de la literatura como factores facilitadores para la adaptación psicológica, como protectores de la sintomatología asociada al cuidado y como predictores de la calidad de vida (Blankfeld y Holahan, 1999; Iavarone et al., 2014; Leung et al., 2020).

El *Estudio II* permite entender los efectos internos movilizados por la intervención y los obtenidos a largo plazo. Las conclusiones de este estudio ayudan a comprender por qué el cambio sucede en la ansiedad rasgo y no en la ansiedad estado, al contrario que sucede en otras investigaciones comentadas previamente. Con respecto al *Estudio I*, en el segundo estudio se observa cómo a través del trabajo interno de la persona pueden lograrse cambios a largo plazo

en nuevas variables como es el caso de la depresión o la sobrecarga, lo que indica un inicio más lento de los efectos del tratamiento en ciertas variables. A través del desarrollo de este modelo de efectos, se entiende que la intervención permite trabajar no sólo los cambios transitorios, sino también aquellos que son internos y profundos, adquiriendo estrategias y herramientas que se pueden aplicar a lo largo del tiempo, conduciendo a disminuciones de cierta sintomatología a largo plazo (Lee et al., 2022). No obstante, para confirmar la discusión presentada de los resultados, sería necesario contar con datos de seguimiento análogos que reflejen lo que sucede al incluir un grupo control de cuidadores a largo plazo.

La literatura comparable publicada al respecto es nuevamente escasa. Mientras que los estudios cualitativos sí que son algo más numerosos, solo se encuentra un estudio que haya empleado una metodología mixta para analizar una intervención de musicoterapia aplicada a cuidadores informales. Baker et al. (2018) identificaron la depresión como una variable sensible al cambio, así como seis temas sobre la percepción del impacto de la intervención en su bienestar a través del análisis temático inductivo derivado de los datos obtenidos de un grupo focal. Mediante este estudio, se descubrió que el proceso de composición de canciones en grupo permitía a los participantes: (a) compartir todo el recorrido como cuidador, (b) encontrar conexiones con otros cuidadores informales, (c) ganar claridad en torno al proceso de cuidado, (d) desarrollar una identidad de grupo, (e) fomentar la fuerza interior y el crecimiento personal, y (f) llenar un vacío no cubierto por otros grupos de apoyo.

Estos resultados responden al objetivo que perseguía el estudio, centrándose en comprobar la viabilidad del programa de intervención de musicoterapia diseñado. Si bien no era el objetivo del estudio, se considera que éste podría haber derivado en una discusión más compleja si se hubiera aplicado un diseño convergente que uniera los datos cuantitativos y cualitativos. A pesar de ello, los resultados reportados por Baker et al. (2018) coinciden en diferentes aspectos con el *Estudio II*, como el hecho de observar cambios en la variable de

depresión. No obstante, mientras que en el *Estudio II* estos cambios son a largo plazo, Baker et al. (2018) encontraron dichos cambios inmediatamente después de la intervención. En lo que respecta a las temáticas encontradas, éstas son similares en lo que se refiere a la identidad de grupo y la sensación de conexión, y el trabajo interno y de crecimiento personal. Asimismo, este estudio también concluye que el proceso de songwriting puede fomentar las habilidades de afrontamiento saludables y un proceso de introspección y crecimiento personal.

Por un lado, en base a otros estudios puramente cualitativos, los resultados del *Estudio II* también son consistentes con éstos, identificando temas como la exploración y expresión de emociones, las estrategias de afrontamiento, cohesión grupal o desarrollo personal (Baker y Yeates, 2018; Brault y Vaillancourt, 2022; García-Valverde et al., 2022; Klein y Silverman, 2012). Por otro lado, al igual que sucede con el *Estudio I*, el número de estudios es mayor cuando la intervención se dirige a la díada cuidador-persona cuidada. Sin embargo, en este caso no se considera que puedan extrapolarse los resultados y conclusiones. Mientras que en el primer caso, a pesar de dirigirse la intervención a las dos personas, algunos estudios evaluaban los efectos individuales en el bienestar de los cuidadores, los estudios mixtos se centran en conocer la interacción y relación entre las dos personas (Baker et al., 2012; Clark et al., 2021).

La inclusión de una metodología mixta permitió adquirir información que solo con datos numéricos podría pasarse por alto. De este modo, las conclusiones derivadas del *Estudio II* logran mostrar una visión más completa, obteniendo una información explicativa de los efectos reportados en el *Estudio I*. Incluir las experiencias de los cuidadores facilitó la comprensión del impacto que tuvo la intervención en aquellos cuidadores que participaron en ella, concluyendo que el programa de musicoterapia basado en la técnica del songwriting promueve la adaptación psicológica de los cuidadores.

Los dos primeros estudios aportan información muy valiosa acerca de los efectos de la intervención en los cuidadores informales. Sin embargo, el primer estudio no profundiza en

cómo se han dado dichos efectos y, el segundo, aunque si realiza este trabajo, no identifica qué ha sucedido a lo largo de las sesiones para explicar cómo se ha logrado el trabajo profundo reportado en dicho estudio. Con tal fin, se propone el *Estudio III*, cuyo objetivo era describir y analizar el programa de musicoterapia grupal basado en la técnica del songwriting diseñado para los cuidadores informales de personas mayores dependientes. De manera específica, se perseguía comprender los mecanismos de cambio subyacentes a la intervención, analizando el papel de cada método de songwriting empleado y entender cómo han contribuido al proceso terapéutico. Para ello, se presentó una descripción detallada de los pasos seguidos en cada songwriting y se exploró el contenido de las letras y la trascendencia de cada uno de ellos, analizando las dos variables, así como la relación entre éstas y con variables previas.

Los resultados mostraron que los songwritings resultaban más trascendentes a medida que avanzaba el proceso, siendo el último, es decir, la composición original, el más significativo para los cuidadores. Entre las dos parodias, no se observaron diferencias, mostrando que no era importante el formato individual o grupal en este método. Con respecto al contenido de las letras de los songwritings, éste era menos analítico y más auténtico a medida que progresaba la intervención. El contenido de confianza (*Clout*) y el de impulso (*Drives*) estaba más presente en los songwritings grupales (el primero y el último). Muy relacionado con estos hallazgos, el contenido de procesos sociales aumentó a medida que avanzaban las sesiones.

En lo que se refiere al aspecto emocional, al contrario de lo esperado, la intervención comenzó con un songwriting con un tono emocional más positivo respecto a los subsiguientes. No obstante, la hipótesis propuesta en relación al contenido afectivo se cumplió, encontrando cómo éste iba disminuyendo a lo largo de los songwritings. Al estudiar la relación entre la trascendencia y el contenido de las composiciones, se descubrió que, al inicio de la intervención, la trascendencia de los songwritings era mayor cuando el contenido presentaba

un tono más positivo, mientras que al final de la intervención esta trascendencia era mayor cuando el contenido afectivo era menor.

Estos resultados llevan a identificar cómo el trabajo en grupo realizado a través de los songwritings generó una cohesión grupal que proporcionaba un espacio seguro para los cuidadores informales. El grupo se considera como el principal estímulo, motivación e impulso para favorecer el trabajo terapéutico realizado por los cuidadores. Este hallazgo está muy relacionado con diversos estudios que han confirmado la cohesión grupal como uno de los factores que contribuyen al éxito terapéutico en la terapia de grupo. Esta cohesión supone un motor de cambio en la terapia, siendo uno de los predictores más importantes de los resultados en la terapia de grupo (Burlingame et al., 2018; Pappas, 2023).

Esta cohesión creada a lo largo de las sesiones provocó el espacio de confianza y seguridad idóneo para posibilitar el trabajo terapéutico. En la medida en que se formaba el grupo, los cuidadores fueron mostrando un contenido más auténtico, en el que expresaban sus emociones y preocupaciones reales, abandonando la positividad irreal que caracterizaba el inicio de la terapia. Asimismo, este proceso es también visible en la disminución de los contenidos analíticos y controlados, mucho más comunes al principio de la intervención, donde este contenido alto en pensamiento analítico desembocó en un control mayor en aquello que los cuidadores expresaban y contaban, debido a que el grupo no estaba cohesionado aún y no se sentían con la confianza y seguridad para desarrollar el trabajo terapéutico.

De igual manera, este hallazgo explica la relación encontrada entre contenido y trascendencia, donde la primera composición era más trascendente para los cuidadores cuando el contenido emocional era más positivo. En contraposición, al final del proceso, la última composición era la más significativa para aquellos cuidadores cuyo contenido afectivo involucrado era menor. Baker (2013a) afirmó que la fuerza de la cohesión está directamente relacionada con el grado de honestidad, autenticidad y apoyo que sienten los miembros del

grupo. El nivel de intimidad, confianza y seguridad del grupo son factores importantes para impulsar el proceso de composición terapéutica, ya que están más dispuestos a abrirse con autenticidad.

Estas dos variables, el contenido y trascendencia de los songwritings, también se estudiaron en relación a variables sociodemográficas, variables relacionadas con el cuidado y con la relación previa que los cuidadores tenían con la música. La variable de trascendencia no se vio influida por ninguna de estas variables, manteniéndose las conclusiones presentadas. Con respecto a la influencia de las variables previas sobre el contenido de las letras, se encontraron relaciones específicas entre ciertas variables y las composiciones, dándose únicamente una tendencia mantenida a lo largo de los songwritings, teniendo como protagonista las horas de cuidado.

De este modo, las horas semanales dedicadas al cuidado fue la única variable previa que se relacionó de alguna manera con todos los songwritings. En el primer songwriting, el tono era más positivo a medida que el cuidador invertía más horas al cuidado; en el segundo, el contenido era menos auténtico cuantas más horas dedicadas al cuidado, y en el tercero, las letras presentaron más confianza y más contenido social en aquellos cuidadores que cuidaban más horas de su familiar. Estos hallazgos muestran que cuanto más carga de cuidado tenían, más bloqueos y resistencias iniciales presentaron, viéndose reflejado en una gran positividad inicial y en un menor contenido auténtico en el ecuador de la intervención. No obstante, estas mismas personas son las que mostraron al final del proceso una mayor confianza y contenido social.

Tras analizar estos resultados, se concluye que los cuidadores que dedican más horas al cuidado son los que más representan las conclusiones reportadas previamente sobre la intervención. Este hallazgo lleva a la afirmación de que los cuidadores con más carga relacionada con el cuidado pueden ser el perfil que más se beneficia de la intervención

diseñada. Teniendo en cuenta que las horas de cuidado son un predictor de una mayor sobrecarga (Gratao et al., 2012; Ruisoto et al., 2020; Vaingankar et al., 2016), estos resultados ponen en valor el programa diseñado como una intervención para promover el bienestar de los cuidadores más afectados por la situación del cuidado e incluso pudiendo aplicarse a nivel preventivo. Asimismo, en el primer songwriting los cuidadores que cuidan de personas con mayores niveles de dependencia muestran un contenido más analítico, y en el último songwriting se observa cómo los cuidadores más jóvenes reflejan en sus letras un contenido más auténtico y menos afectivo. Con todo, se puede concluir que los cuidadores más jóvenes y con mayores niveles de dedicación al cuidado, son los que representan un proceso terapéutico más profundo y real.

De manera específica, en el segundo songwriting se identificó que la importancia que tiene la música en la vida del cuidador influye en la seguridad con la que escribió la letra de esta segunda composición. La relación previa con la música no tiene relación con ningún otro songwriting. Esto puede deberse a que el segundo songwriting era el único en formato individual, tomando la música seleccionada un papel más personal y relevante muy relacionado con su historia sonora. Estos resultados confirman los reportados por Baker (2015), donde afirma que la relación previa con la música puede influir en el proceso del songwriting.

El *Estudio III* se presenta como pionero en el campo, aportando información como estudio exploratorio sobre el proceso musicoterapéutico, ya que no se encuentran estudios que evalúen el contenido de las canciones y la trascendencia con cuidadores informales. Mientras que el contenido de las letras no se considera extrapolable con respecto a otras poblaciones, otros estudios sobre el análisis de la trascendencia han obtenido resultados comparables con el presente trabajo. La trascendencia ha sido analizada con muestras de personas con daño cerebral o medular, con afasia, con estudiantes, personas jubiladas o con personas que acuden a servicios de enfermedad mental, con el objetivo de comprender los mecanismos de cambio

subyacentes (Baker et al., 2015, 2016; Baker, MacDonald et al., 2018; Baker y MacDonald, 2014; Mantie-Kozlowski et al., 2021; Shari, 2020; M. J. Silverman et al., 2016). Algunos de estos estudios además han identificado qué método de songwriting era más trascendente, encontrando que, por ejemplo, para los estudiantes y las personas jubiladas, el método de songwriting más trascendente es la composición original, al igual que en el *Estudio III* (Baker y MacDonald, 2013, 2014).

Las conclusiones derivadas de este último estudio confirman y complementan las del segundo, y a su vez éstos las del primero. Haciendo un repaso de todos los hallazgos presentados a lo largo de los trabajos que conforman esta tesis, se puede confirmar que el programa de musicoterapia diseñado basado en el songwriting muestra efectos positivos en los cuidadores informales, mejorando su calidad de vida. Las dimensiones relacionadas con los aspectos emocionales y sociales son los resultados más notorios a lo largo de los tres estudios. El *Estudio I* aporta una visión general, pero a su vez científica, sobre los efectos de la intervención, resaltando la dimensión emocional, social y física. En el segundo y tercer estudio, la dimensión física no destaca, apareciendo este resultado únicamente cuando se compara con otro grupo equivalente que no recibe la intervención. Este hallazgo pone de relieve la importancia de emplear diferentes metodologías para evaluar los efectos de una intervención, ya que la afectación física solo se hace visible al tener información de cuidadores como grupo control viéndose cómo éstos empeoran a lo largo del tiempo, mientras que el grupo que recibe la intervención se mantiene estable. No obstante, parece que la dimensión física pasa desapercibida ante el reporte de las experiencias subjetivas de los cuidadores, así como a lo largo de las composiciones, destacando más el aspecto social y emocional.

El *Estudio II* y el *Estudio III*, profundizan en estos efectos de la intervención, reportando cómo se ha dado el trabajo interno a través de la musicoterapia en los cuidadores informales que participaron en las sesiones. El trabajo terapéutico propiciado por la

intervención incluye un crecimiento personal basado en la regulación emocional y aprendizaje de afrontamiento funcional, sostenido por el apoyo social del grupo, facilitando la disipación de resistencias iniciales y favoreciendo la expresión y reducción de la carga emocional. El conjunto de este proceso personal de los cuidadores que surge a lo largo de las sesiones del programa de musicoterapia, promueve el ajuste psicológico de los cuidadores informales, conllevando a una mejora de la calidad de vida de éstos. Además, cabe destacar la técnica empleada, ya que el análisis de los diferentes métodos de songwriting utilizados proporcionan información sobre los mecanismos de cambio implicados a lo largo de la intervención.

Como conclusión global y a modo de reflexión con respecto a los resultados discutidos, se destaca la importancia de realizar intervenciones en grupo con los cuidadores informales. Los hallazgos de esta tesis se respaldan en los estudios reportados a lo largo de la literatura previa que pone de manifiesto el papel del apoyo social como predictor de una menor sintomatología ansiosa y mejor calidad de vida (del-Pino-Casado et al., 2021; Priego-Cubero et al., 2023). El trabajo presentado acentúa la relevancia del trabajo a nivel grupal, favoreciendo como terapeutas la cohesión entre los participantes para conseguir los objetivos terapéuticos y cubrir las necesidades de los cuidadores. En este caso, este apoyo social fue logrado a través de la musicoterapia, más en concreto, mediante la técnica del songwriting que, gracias a su versatilidad, se pudo ir creando un ambiente de confianza y seguridad, un lugar que cada vez resultaba más trascendente para ellos, permitiendo la expresión de sus sentimientos más profundos y el aprendizaje personal focalizado en el afrontamiento funcional sobre el cuidado, posibilitando la adaptación psicológica de los cuidadores informales.

5.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Los resultados presentados en el transcurso de esta tesis deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones generales de la misma. A nivel metodológico, es necesario resaltar que, a pesar de incluirse un grupo control en el *Estudio I*, la asignación a los grupos no

fue aleatoria y consistió en un grupo control no activo. El tipo de grupo control empleado se debe a los motivos éticos que rodean la situación de la persona cuidadora, encontrándose una dificultad en el desplazamiento para centralizar los grupos en un municipio, la poca esperanza de vida de algunas personas cuidadas, así como por la falta de recursos. Surge otro problema derivado del grupo control, y es que éste no contó con un seguimiento de tres meses posterior a la segunda evaluación, mientras que estos datos si fueron obtenidos en el grupo de intervención. La interpretación de los hallazgos del *Estudio II* debe ser considerada teniendo en cuenta esta carencia, ya que los efectos encontrados a largo plazo pueden no mantenerse al compararlos con un grupo control realizando un seguimiento durante el mismo periodo de tiempo. Otra limitación a tener en cuenta es que solo se ha evaluado el nivel de dependencia funcional de las personas cuidadas. Esto puede suponer un problema, ya que los cuidadores informales que participaron en este proyecto resaltaban la diferencia entre la dependencia física y la emocional, verbalizando que suponía para éstos una mayor sobrecarga la dependencia emocional de sus familiares. Por ello, incluir en el protocolo de evaluación esta variable puede ayudar a controlar la influencia de ésta en los efectos de la intervención, incluso para controlar la homogeneidad de la muestra en cada grupo. Con respecto a las limitaciones más específicas de los estudios, éstas se han reportado en cada estudio en el apartado de resultados.

En vista de la información expuesta, este trabajo presenta un programa de musicoterapia prometedor que podría tenerse en cuenta para fomentar la aplicación de este tipo de intervenciones con cuidadores informales. La evaluación de los efectos de la musicoterapia a través de diferentes perspectivas y metodologías podría considerarse como uno de los aspectos más relevantes de la tesis presentada. Contemplando los beneficios reportados, este trabajo da pie a continuar esta línea de investigación, profundizando y ampliando la información en este campo a través de futuros estudios. Por un lado, teniendo en cuenta la relevancia encontrada en este proyecto sobre el aspecto social a lo largo de la intervención, en futuras investigaciones

se considera conveniente evaluar de manera más específica esta variable. De esta forma, podría obtenerse una información más detallada sobre los mecanismos implicados a nivel social referidos a los efectos de la intervención.

Por otro lado, se ha identificado en esta investigación un trabajo psicológico a nivel interno, con respecto al desarrollo personal y autocuidado, por lo que resultaría de interés científico y social la inclusión de variables como la autoestima y autoconcepto de los cuidadores. Estas variables suelen verse mermadas por el papel de cuidador, perdiendo su propia identidad y autocuidado debido a la inmersión en el cuidado de la otra persona (Pereira y Rebelo Botelho, 2011). Por ello, sería interesante poder evaluar los efectos de esta intervención sobre dichas variables ya que, además, el uso específico del songwriting busca generar una percepción de mejora de la autoestima y confianza en sí mismos debido a la sensación de sentirse realizado y orgulloso por crear y completar una composición (Baker, 2015). Además, el songwriting es una herramienta que permite expresar y conectar con la identidad de las personas, compartiendo a través de las composiciones sus historias, sus pensamientos y sentimientos, sintiendo cómo la canción les pertenece (Baker y MacDonald, 2013).

Por último, debido a la escasez de estudios, sería conveniente aplicar esta intervención a cuidadores informales de otros colectivos, como de población infantil, para comparar los resultados encontrados y poner a prueba tanto su aplicabilidad como replicabilidad. Como línea futura, y para controlar la posible influencia de la persona que condujo las sesiones, también resultaría beneficioso que la intervención presentada en esta tesis fuera aplicada por otra persona con una formación similar para comprobar si los resultados presentados se mantienen. Asimismo, ya que no se encuentran estudios sobre los análisis líricos en cuidadores informales, el hecho de ampliar esta intervención a otros cuidadores podría a su vez abrir nuevas líneas de investigación. Se ha mostrado que los análisis de las letras aportan información muy relevante

sobre el proceso terapéutico, por lo que sería interesante realizar dicho análisis a través de diferentes metodologías y con diferentes tipos de cuidadores.

5.2. Implicaciones prácticas

La mayor implicación a nivel científico de esta tesis compuesta por tres estudios es la contribución realizada a la literatura sobre los beneficios de la musicoterapia en el contexto de apoyo a cuidadores informales. Debido a la limitada información publicada al respecto, este trabajo supone un aporte a la evidencia que respalda los efectos positivos de la musicoterapia, incluyendo una de las muestras más representativas empleadas en el campo y contando con un grupo control, donde se han incluido diferentes metodologías que hacen que la contribución a nivel científico sea mayor. Los hallazgos encontrados podrían abrir nuevas líneas de investigación sobre la efectividad de diferentes tipos de intervenciones para cuidadores, como estudios comparativos entre la musicoterapia y otras terapias o investigaciones sobre los efectos a largo plazo de la musicoterapia.

Con respecto a las implicaciones clínicas, cabe mencionar que los resultados reportados a lo largo de la tesis permiten justificar la implementación de programas de musicoterapia para reducir la sintomatología asociada a la situación de cuidado como la ansiedad, depresión o sobrecarga. Estos programas pueden ser incorporados en servicios de salud comunitaria, clínicas de atención primaria e incluso en hospitales. Asimismo, al ser una intervención en grupo y que ha mostrado ciertos beneficios, puede suponer una optimización de los recursos para los servicios sanitarios, pudiendo incluir la musicoterapia como una estrategia costo-efectiva para el apoyo a cuidadores. Otra implicación a nivel clínico de este proyecto se puede centrar en servir como orientación para la práctica profesional de los musicoterapeutas, ya que aporta información suficiente para que los profesionales de la musicoterapia repliquen la intervención. De esta manera, los musicoterapeutas podrían desarrollar otros programas basados en el presente trabajo, que ha sido sustentado en la evidencia reportada.

Este trabajo también presenta implicaciones sociales, resaltando, en primer lugar, la importancia de dirigir programas de atención exclusivamente a los cuidadores informales, ya que a pesar de que trabajar a nivel relacional entre el cuidador y persona cuidada es importante para el bienestar de ambos, también lo es cubrir las necesidades individuales de los cuidadores. De todas formas, se espera que, interviniendo en el bienestar de los cuidadores, mejore la calidad del cuidado y la relación con la persona cuidada. Este estudio resalta esta importancia diseñando un programa específico para ellos con resultados muy prometedores. En segundo lugar, los hallazgos podrían influir en el desarrollo de políticas de apoyo que mejoren la calidad de vida de los cuidadores informales, como el financiamiento de programas de musicoterapia o la inclusión de estas intervenciones en los servicios de apoyo para cuidadores. En tercer lugar, este trabajo pretende fomentar la colaboración entre diferentes profesionales de la salud para desarrollar programas que beneficien a los cuidadores informales, esperando que se ponga el valor los beneficios de la musicoterapia y se incluya como una disciplina más.

VI. Conclusions

6. Conclusions

The main conclusions of this doctoral thesis, derived from the three studies presented, can be summarized as follows:

- The music therapy intervention designed and studied in this doctoral thesis demonstrates significant effects on a population of informal caregivers of older adults, specifically in the perception of certain emotional, social, and physical aspects; promoting their psychological adjustment and improving their quality of life through various songwriting methods.
- The effects of the intervention on the levels of trait anxiety and social functioning are the most outstanding compared to previous studies. While previous studies often focus on state anxiety, this research finds significant results not only in trait anxiety but also in its effects, which stand out the most compared to the other variables analyzed in the quantitative methodology. This variable provides information about a relatively stable trend in caregivers, leading to a modification in their perception of situations. Regarding the social aspect, although other quantitative studies have not found effects, this project shows a significant change at the intervention, which is also sustained over time. Other qualitative studies report social benefits, but these data are collected from questions or interviews about the experience during the sessions, not about subsequent effects on their social lives. This discrepancy with the previous literature highlights one of the most significant findings of this intervention, as the social variable has been described as the main driver behind the effects found through this thesis.
- The mixed methodology employed in this project enabled the development of an explanatory model of effects. The SGMT demonstrated both transient and maintained benefits, extending them beyond the intervention. Through an in-depth

work on variables such as trait anxiety, caregivers developed strategies that they could implement after the intervention, leading to longer-term changes in other psychological variables, such as state anxiety and burden. This process occurred due to the acquisition of strategies during the intervention focused on emotional regulation and adaptive coping with the situation. The music therapy program also promoted social support, culminating, through the combination of all factors, in psychological adjustment and improved quality of life, thanks to the daily application of the intervention's insights.

- The social aspect is considered the primary effect of the intervention, highlighted throughout the three presented studies. The analysis of the music therapy program through the different songwriting methods employed, revealed the mechanisms of change involved in the therapeutic process. By delving into the internal work highlighted by the first explanatory model, it is understood that the group's social support is the driver of the rest of the changes, as when caregivers manage to create a safe and trusting space throughout the sessions, the compositions become more meaningful to them, showing increasingly authentic content. The analysis of the lyrics of the songs further enhances and expands the previous explanatory model of effects. This information emphasizes the benefits and importance of the social variable in group interventions with caregivers, taking on more importance than expected. Based on these data, it is recommended in future research to measure it more precisely, through specific questionnaires.
- The analysis of the music therapy program's effects through different methodologies highlights the importance of considering this approach in future studies to provide a comprehensive and multidimensional view of its impact. This approach has provided information from various perspectives, which has been

integrated and complemented, allowing for the reporting of results that would have been neglected using a single methodology. This is the case of the effects on the physical variable, where it was found that music therapy not only has effects on certain social and emotional aspects but may also maintain caregivers' perception of their physical health related to HRQoL, preventing its decrease observed in those caregivers who did not participate in the intervention.

Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones extraídas de los tres trabajos que conforman la presente tesis doctoral:

- La intervención de musicoterapia diseñada y estudiada en la presente tesis muestra efectos significativos en la población de cuidadores informales de personas mayores, concretamente en ciertos aspectos sobre la percepción emocional, social y física, promoviendo su adaptación psicológica y mejorando su calidad de vida a través de diferentes métodos de songwriting.
- Los efectos de la intervención en los niveles de la ansiedad rasgo y de funcionamiento social son los que más destacan respecto a otros estudios previos. Mientras que, a lo largo de la literatura publicada en el campo, la ansiedad suele mostrar cambios cuando se refiere a su estado más transitorio (ansiedad estado), en el caso de esta investigación, no solo se encuentran resultados significativos en la ansiedad como rasgo, sino que es el efecto que más destaca respecto al resto de variables analizadas desde la metodología cuantitativa. Esta variable informa del trabajo sobre una tendencia relativamente estable en los cuidadores, llegando a modificar la manera de percibir las situaciones. Con respecto al aspecto social, mientras que en otros estudios cuantitativos no se encuentran efectos, este proyecto muestra un cambio significativo tras la intervención y, además, mantenido en el tiempo. Otros estudios cualitativos sí reportan beneficios a nivel social, pero estos datos se recogen de preguntas o entrevistas formuladas respecto a la experiencia vivida durante las sesiones, no sobre los efectos posteriores en el área social en sus vidas. Esta discrepancia respecto a la literatura previa, resalta uno de los hallazgos más significativos de esta intervención, ya que la variable social se ha descrito como la movilizadora de los efectos presentados en esta tesis.

- La metodología mixta presente en este proyecto permitió desarrollar un modelo explicativo de efectos. El programa de musicoterapia grupal logra mostrar beneficios tanto transitorios como mantenidos en el tiempo, extendiéndose más allá de la intervención. A través de un trabajo interno y profundo en variables como la comentada ansiedad rasgo, se desarrollaron estrategias que pudieron poner en práctica los cuidadores tras terminar la intervención, generando cambios más a largo plazo en otras variables psicológicas tenidas en cuenta, como la ansiedad estado o la sobrecarga. Este proceso se dio debido a la adquisición de estrategias durante la intervención focalizadas en la regulación emocional y afrontamiento adaptativo de la situación. El programa de musicoterapia también promovió el apoyo social, culminando, a través de la combinación de todos los factores, en una adaptación psicológica y mejora de la calidad de vida, gracias al ir aplicando en su día a día los aprendizajes de la intervención.
- El aspecto social se considera el principal efecto de la intervención, destacado a lo largo de los tres estudios presentados. El análisis del programa de musicoterapia a través de los diferentes métodos de songwriting empleados, mostraron los mecanismos de cambio implicados en el proceso terapéutico. Al profundizar en el trabajo interno destacado a través del primer modelo explicativo, se entiende que el apoyo social del grupo es el movilizador del resto de cambios, ya que cuando los cuidadores consiguen crear un espacio seguro y de confianza a lo largo de las sesiones, las composiciones van siendo más significativas para ellos, mostrando un contenido cada vez más auténtico. El análisis del contenido de las letras de los songwritings, consigue mejorar y ampliar el modelo explicativo de efectos previo. Esta información destaca los beneficios y la importancia de la variable social en las intervenciones grupales con cuidadores, cobrando más importancia de la esperada.

En base a estos datos, en futuras investigaciones se recomienda medir la variable social de manera más precisa, a través de cuestionarios que la evalúen de manera específica.

- La evaluación de los efectos del programa de musicoterapia desde diferentes metodologías pone de relevancia su consideración en futuros estudios para proporcionar una visión integral y multidimensional de su impacto. Este enfoque ha aportado información desde diferentes puntos de vista, que se ha integrado y complementando entre sí, pudiendo reportar resultados que empleando una única metodología se hubieran perdido. Este es el caso de los efectos en la variable física, encontrándose cómo la musicoterapia no solo presenta efectos en ciertos aspectos sociales y emocionales, sino que también podría mantener estable la percepción de los cuidadores sobre su salud física en relación a la CVRS, impidiendo el decrecimiento de ésta observado en aquellos cuidadores que no participaron en la intervención.

VII. Referencias

7. Referencias

- Abades Porcel, M. y Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151-155. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2012000400002>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. y Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden. *JAMA*, 311(10), 1052. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Aigen, K. (2005). *Music-Centered Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Almberg, B., Grafström, M. y Winblad, B. (1997). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 683-691. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00392.x>
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Paidós.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2018). *APA Dictionary of Psychology: Anxiety*. https://dictionary.apa.org/anxiety?_gl=1*11sm66w*_gcl_au*OTUxODExNzg5LjE3MTg2NDgwMDE.*_ga*NjgxMDc2MDc5LjE3MTg2NDYyMzA.*_ga_SZXLGDJGNB*M TcxOTg1NTE4OC44LjEuMTcxOTg1NTI4Ni41MS4wLjA

- Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A. y Diez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26-32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x>
- Baer, L., Jacobs, D. G., Meszler-Reizes, J., Biais, M., Fava, M., Kessler, R., Magruder, K., Murphy, J., Kopans, B., Cukor, P., Leahy, L. y O’Laughlen, J. (2000). Development of a brief screening instrument: The HANDS. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(1), 35-41. <https://doi.org/10.1159/000012364>
- Baker, F. (2013a). Music Therapists’ Perceptions of the Impact of Group Factors on the Therapeutic Songwriting Process. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 137-143. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.2.137>
- Baker, F. (2013b). The ongoing life of participant-composed songs within and beyond the clinical setting. *Musicae Scientiae*, 17(1), 40-56. <https://doi.org/10.1177/1029864912471674>
- Baker, F. (2013c). The environmental conditions that support or constrain the therapeutic songwriting process. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.02.001>
- Baker, F. (2014). An investigation of the sociocultural factors impacting on the therapeutic songwriting process. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 123-151. <https://doi.org/10.1080/08098131.2013.783094>
- Baker, F. (2015). *Therapeutic Songwriting: Developments in Theory, Methods, and Practice*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9781137499233>
- Baker, F. (2017). A theoretical framework and group therapeutic songwriting protocol designed to address burden of care, coping, identity, and wellbeing in caregivers of people

- living with dementia. *Australian Journal of Music Therapy*, 28, 16-33.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.359236443893558>
- Baker, F., Grocke, D. y Pachana, N. A. (2012). Connecting through music: A study of a spousal caregiver-directed music intervention designed to prolong fulfilling relationships in couples where one person has dementia. *Australian Journal of Music Therapy*, 23.
- Baker, F. y MacDonald, R. A. R. (2013). Flow, identity, achievement, satisfaction and ownership during therapeutic songwriting experiences with university students and retirees. *Musicae Scientiae*, 17(2), 131-146. <https://doi.org/10.1177/1029864913476287>
- Baker, F. y MacDonald, R. A. R. (2014). Experiences of creating personally meaningful songs within a therapeutic context. *Arts & Health*, 6(2), 143-161.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2013.808254>
- Baker, F., MacDonald, R. A. R. y Pollard, M. C. (2018). Reliability and validity of the Meaningfulness of Songwriting Scale with university students taking a popular songwriting class. *Arts & Health*, 10(1), 17-28.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2016.1236281>
- Baker, F., Rickard, N., Tamplin, J. y Roddy, C. (2015). Flow and Meaningfulness as Mechanisms of Change in Self-Concept and Well-Being Following a Songwriting Intervention for People in the Early Phase of Neurorehabilitation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 299. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00299>
- Baker, F., Silverman, M. J. y MacDonald, R. (2016). Reliability and Validity of the Meaningfulness of Songwriting Scale (MSS) with Adults on Acute Psychiatric and Detoxification Units. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 55-74.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv020>
- Baker, F., Stretton-Smith, P., Clark, I. N., Tamplin, J. y Lee, Y. E. C. (2018). A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With

- Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. *Frontiers in Medicine*, 5, 151.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00151>
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D. y McFerran, K. (2008). Therapeutic Songwriting in Music Therapy. Part I: Who are the Therapists, Who are the Clients, and Why is Songwriting Used? *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 105-123.
<https://doi.org/10.1080/08098130809478203>
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D. y McFerran, K. (2009). Therapeutic songwriting in music therapy, Part II: Comparing the literature with practice across diverse clinical populations. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), 32-56.
<https://doi.org/10.1080/08098130802496373>
- Baker, F. y Yeates, S. (2018). Carers' experiences of group therapeutic songwriting: An interpretive phenomenological analysis. *British Journal of Music Therapy*, 32(1), 8-17.
<https://doi.org/10.1177/1359457517728914>
- Balcombe, N. R. y Sinclair, A. (2001). Ageing: Definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835-849. <https://doi.org/10.1053/bega.2001.0244>
- Baldacchino, D. y Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833-841.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x>
- Baqutayan, S. M. S. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2 S1), 479.
<https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
- Barbosa, A., Figueiredo, D., Sousa, L. y Demain, S. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people.

Aging and Mental Health, 15(4), 490-499.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543660>

Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>

Bauer, J. M. y Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Journal of Population Ageing*, 8(3), 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>

Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28(1), 32-40.

Becerra-Partida, E. N. y Villegas Pacheco, C. A. (2020). Prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años de edad y con alguna dependencia física. *Revista CONAMED*, 25(4), 161-166. <https://doi.org/10.35366/97335>

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II). En *APA PsycTests*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Paidós.

Bettelheim, B. y Rosenfeld, A. A. (1994). *El arte de lo obvio*. Editorial Crítica.

Blankfeld, D. F. y Holahan, C. J. (1999). Social support, coping, and psychological adjustment among caregivers of head-injured patients. *Psychology & Health*, 14(4), 609-624. <https://doi.org/10.1080/08870449908410753>

- Bloom, D. E. y Luca, D. L. (2016). The Global Demography of Aging. En J. Piggot y A. Woodland (Eds.), *Handbook of the Economics of Population Aging* (pp. 3-56). <https://doi.org/10.1016/bs.hespa.2016.06.002>
- Boyd, R. L., Ashokkumar, A., Seraj, S. y Pennebaker, J. W. (2022). *The Development and Psychometric Properties of LIWC-22*. <https://www.liwc.app>
- Bradt, J. (2012). Randomized Controlled Trials in Music Therapy: Guidelines for Design and Implementation. *Journal of Music Therapy*, 49(2), 120-149. <https://doi.org/10.1093/jmt/49.2.120>
- Brault, A. y Vaillancourt, G. (2022). Group Telehealth Music Therapy With Caregivers: A Qualitative Inquiry. *Journal of Patient Experience*, 9, 237437352211072. <https://doi.org/10.1177/23743735221107241>
- Brotons, M. y Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, 40(2), 138-150. <https://doi.org/10.1093/jmt/40.2.138>
- Bruscia, K. E. (1989a). *Defining music therapy*. Spring House Books.
- Bruscia, K. E. (1989b). *Defining music therapy* (2nd ed.). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. AgrupArte Producciones.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Buela-Casal, G., Guillém-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (8.^a ed.). TEA Ediciones.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. y Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Cabasés, J. M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 401-403. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>

- Cai, T., Verze, P. y Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14-22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Carabalí, S. (2020). Vejez y teorías del envejecimiento. En E. Gómez-Ramírez y A. P. Calvo-Soto (Eds.), *Salud, Vejez y Discapacidad* (pp. 25-50). Universidad Santiado de Cali.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castro, A. R., Arnaert, A., Moffatt, K., Kildea, J., Bitzas, V. y Tsimicalis, A. (2023). “Informal Caregiver” in Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Advances in Nursing Science*, 46(1), E29-E42. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000439>
- Chambers, W. y Chambers, R. (1843). Gems from the German. *Chambers' Edinburgh Journal*, 12(619), 369-376.
- Chango, V. N. y Guarate, Y. C. (2021). Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 13173-13183. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1315
- Cheng, S. T., Au, A., Losada, A., Thompson, L. W. y Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 59. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
- Cheng, S. T., Li, K. K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W. y Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for

- informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55-77. <https://doi.org/10.1037/pag0000401>
- Cheng, S. T. y Zhang, F. (2020). A comprehensive meta-review of systematic reviews and meta-analyses on nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers. *BMC Geriatrics*, 20(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01547-2>
- Choi, Y. K. (2010). The Effect of Music and Progressive Muscle Relaxation on Anxiety, Fatigue, and Quality of Life in Family Caregivers of Hospice Patients. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 53-69. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.1.53>
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16709>
- Chou, K. R., Chu, H., Tseng, C. L. y Lu, R.-B. (2003). The Measurement of Caregiver Burden. *Journal of Medical Sciences*, 23(2), 73-82. <http://www.AiritiLibrary.com/Publication/Index/10114564-200304-201305090002-201305090002-73-82>
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es
- Clark, I. N., Baker, F. A., Tamplin, J., Lee, Y. E. C., Cotton, A. y Stretton-Smith, P. A. (2021). “Doing Things Together Is What It’s About”: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Group Therapeutic Songwriting From the Perspectives of People With Dementia and Their Family Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 12, 598979. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.598979>
- Colloca, G., Di Capua, B., Bellieni, A., Fusco, D., Ciciarello, F., Tagliaferri, L., Valentini, V. y Balducci, L. (2020). Biological and Functional Biomarkers of Aging: Definition,

- Characteristics, and How They Can Impact Everyday Cancer Treatment. *Current Oncology Reports*, 22(11), 115. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00977-w>
- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación No. (98) 9 del comité de Ministros a los Estados miembros relativo a la dependencia*.
- Coutinho, F. C., Dias, G. P., do Nascimento Bevilaqua, M. C., Gardino, P. F., Rangé, B. P. y Nardi, A. E. (2010). Current concept of anxiety: implications from Darwin to the DSM-V for the diagnosis of generalized anxiety disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1307-1320. <https://doi.org/10.1586/ern.10.101>
- Crespo, M. y Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- Denk, J. G. (2023). The Impact of a Music Therapy Support Group on Perceived Stress, Anxiety, and Depression in Long-Term Caregivers: A Pilot Study. *Music Therapy Perspectives*, 41(1), 28-36. <https://doi.org/10.1093/mtp/miac019>
- Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J. y Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 38(1), 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.05.013>
- Dueñas, P. E. (2022). El autocuidado, uno de los requisitos para el buen cuidado en salud mental. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 4(1), 41-49. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v4i1.644>
- van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C. y Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 490-504. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011>
- Dvorak, A. L. (2015). Music Therapy Support Groups for Cancer Patients and Caregivers: A Mixed-Methods Approach. *Canadian Journal of Music Therapy*, 21(1), 69-105.

- Dyson, J., Cobb, M. y Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183-1188. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1997.tb00811.x>
- Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S. y Schoo, C. (2024). *Activities of Daily Living*. StatPearls Publishing.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B. y Hallberg, I. R. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584-596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x>
- Esparza Catalán, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores nº108. En *Informes Portal Mayores* (Vol. 108). <https://digital.csic.es/handle/10261/34669>
- Espinoza-Salgado, F. S., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, M. C. y Ramírez Ramírez, A. (1970). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 121-136. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>
- Farquhar, M. (1995a). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x>
- Farquhar, M. (1995b). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439-1446. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00117-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-P)
- Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT. (s. f.). *Qué es la musicoterapia. Actualización de la definición (Revisada por la WFMT en 2011)*. <https://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>
- Felipe, S. G. B., de Oliveira, C. E. S., Silva, C. R. D. T., Mendes, P. N., Carvalho, K. M. de, Lopes Silva-Júnior, F. y Figueiredo, M. D. L. F. (2020). Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 1), e20190851. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>

- Ferguson, R. M. (2006). *Effect of Music Therapy Songwriting on the Identification and Utilization of Short-Term Coping Strategies by Caregivers of Loved Ones with Alzheimer's Disease* [Tesis doctoral, Florida State University]. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-4478
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Simonsick, E., Salive, M. E., Corti, C. y Langlois, J. (1996). Progressive versus Catastrophic Disability: A Longitudinal View of the Disablement Process. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51A(3), M123-M130. <https://doi.org/10.1093/gerona/51A.3.M123>
- Fiorini, H. (2007). *El psiquismo creador*. AgrupArte.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Manual for the ways of coping questionnaire. *Consulting Psychologists Press*.
- Frank, J. (1948). Say It with Music. *Harvard Law Review*, 61(6), 921-957. <https://doi.org/10.2307/1336139>
- Frydenberg, E. (2014). Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 82-92. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12051>
- Gallagher-Thompson, D. y Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37-51. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.37>
- García, F. E., Barraza-Peña, C. G., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M. y Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies

- in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 22.
<https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>
- García-Valverde, E., Badia Corbella, M. y Orgaz Baz, M. B. (2022). Experiences of group therapeutic songwriting of family caregivers of people with dementia. *Psychology of Music*, 50(2), 530-547. <https://doi.org/10.1177/03057356211005844>
- García-Valverde, E., Badia, M., Orgaz, M. B. y González-Ingelmo, E. (2020). The influence of songwriting on quality of life of family caregivers of people with dementia: An exploratory study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(1), 4-19.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1630666>
- George, L. K. y Gwyther, L. P. (1986). Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253>
- Gérain, P. y Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Giesbrecht, M., Wolse, F., Crooks, V. A. y Stajduhar, K. (2015). Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: A qualitative case study. *Palliative and Supportive Care*, 13(3), 555-565.
<https://doi.org/10.1017/S1478951513001028>
- Gillespie, K., McConnell, T., Roulston, A., Potvin, N., Ghiglieri, C., Gadde, I., Anderson, M., Kirkwood, J., Thomas, D., Roche, L., O'Sullivan, M., McCullagh, A. y Graham-Wisener, L. (2024). Music therapy for supporting informal carers of adults with life-threatening illness pre- and post-bereavement; a mixed-methods systematic review. *BMC Palliative Care*, 23(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01364-z>

- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- Gómez Ayala, A. E. (2005a). Envejecimiento poblacional y síndrome del cuidador. *Farmacia Profesional*, 19(2), 80-83. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-envejecimiento-poblacional-sindrome-del-cuidador-13072124>
- Gómez Ayala, A. E. (2005b). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(2), 70-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- González de Gago, J. (2010). Teorías Del Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2). <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/#>
- González-Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26, 170-174.
- González-Rodríguez, R., Gandoy-Crego, M. y Díaz, M. C. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4), 184-188. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184
- Goodhead, A. y Mcdonald, J. (2007). *Informal Caregivers Literature Review: A report prepared for the National Health Committee*. Health Services Research Centre, University of Wellington. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=f0445bdc28366138235b747882c75abb68110bb6>
- Grad, J. y Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet*, 281(7280), 544-547. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(63\)91339-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(63)91339-4)

- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F. y Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 304-312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Grocke, D. y Wigram, T. (2008). *Métodos receptivos en musicoterapia: Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas educadores y estudiantes*. AgrupArte.
- Gross, C. y Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-552. <https://doi.org/10.1038/nrn1429>
- Guillén Llera, F. y García Antón, M. A. (1972). Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Revista Española Gerontológica*, 7, 339-346.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925025>
- Gutiérrez, B. (2022). La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI? *Salutem Scientia Spiritus*, 8(4), 14-22. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/624>
- Gutiérrez, F., Peri, J. M., Torres, X., Caseras, X. y Valdés, M. (2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal of Research in Personality*, 41(5). <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.006>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Blanco Ramos, M. A., Alves Pérez, M. T., Fernández Domínguez, M. J., Souto Ramos, A. I., González Iglesias, M. P. y

- Clavería Fontán, A. (2019). Depression and burden in the caretaking of elderly. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908038.
- Hoenig, J. y Hamilton, M. W. (1966). The Schizophrenic Patient in the Community and His Effect On the Household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Iavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M. y Poderico, C. (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1407-1413. <https://doi.org/10.2147/NDT.S58063>
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E. y Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2024). *Información estadística destacada del SAAD. Estadística mensual*. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021)*. GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange. Seattle, Estados Unidos. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Encuesta de Condiciones de Vida*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944485770&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084

- Instituto Nacional de Estadística. (2024a). *Proporción de personas mayores de cierta edad*.
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1417&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024b). *Tasa Bruta de Natalidad*.
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1381>
- Instituto Vasco de Estadística. (2022). *Panorama estadístico de las personas mayores*.
<https://www.eustat.eus/panoramaestadisticodelaspersonasmayores/2022/poblacion.html#:~:text=Las%20personas%20de%2065%20y,hombres%20el%209%2C8%25>.
- Iraurgi Castillo, I. (2007). Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 19(1), 59-67.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.324>
- Irons, J. Y., Garip, G., Cross, A. J., Sheffield, D. y Bird, J. (2020). An integrative systematic review of creative arts interventions for older informal caregivers of people with neurological conditions. *PLOS ONE*, 15(12), e0243461.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243461>
- Kaddour, L. y Kishita, N. (2020). Anxiety in Informal Dementia Carers: A Meta-Analysis of Prevalence. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(3), 161-172.
<https://doi.org/10.1177/0891988719868313>
- Karimi, M. y Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
<https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

- Kaye, J. y Robinson, K. M. (1994). Spirituality Among Caregivers. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 218-221. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00317.x>
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K.-A. y Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>
- Kim, S. (2006). *Effect of Music Listening on Mood State and Relaxation of Hospice Patients and Caregivers* [Trabajo Fin de Máster, Florida State University]. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:141935669>
- Klein, C. M. y Silverman, M. J. (2012). With Love From Me to Me: Using Songwriting to Teach Coping Skills to Caregivers of Those With Alzheimer's and Other Dementias. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 153-164. <https://doi.org/10.1080/15401383.2012.685010>
- Kosberg, J. I. y Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A Case Management Tool for Screening Informal Care Providers. *The Gerontologist*, 26(3), 273-278. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.273>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(7), 643-653. <https://doi.org/10.1080/13674670801930429>
- Lancaster, B. L. y Palframan, J. T. (2009). Coping with major life events: the role of spirituality and self-transformation. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(3), 257-276. <https://doi.org/10.1080/13674670802500684>

- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A Two-factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-189. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.P181>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, S., Allison, T., O'Neill, D., Punch, P., Helitzer, E. y Moss, H. (2022). Integrative review of singing and music interventions for family carers of people living with dementia. *Health Promotion International*, 37(Supplement_1), i49-i61. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac024>
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K. y Lee, L. L. Y. (2020). Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5457. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>
- Ley 39/2006, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (14 de diciembre de 2006). Boletín Oficial del Estado, N° 2099. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Liu, H., Lou, V. W. Q. y Xu, S. (2024). Randomized controlled trials on promoting self-care behaviors among informal caregivers of older patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04614-6>
- Liu, Z., Heffernan, C. y Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

- Lizán Tudela, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 41(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Machado, B. M., Dahdah, D. F. y Kebbe, L. M. (2018). Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 299-313. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1188>
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Malchiodi, C. (2007). *Expressive therapies*. The Guildford Press.
- Mantie-Kozłowski, A., Mantie, R. A. y Keller, C. H. (2021). Therapeutic songwriting as a meaningful, relationship-oriented activity to establish authentic communicative opportunities during therapy for an individual with PPA. *Aphasiology*, 35(11), 1432-1447. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1812248>
- March Lujan, V. A. (2022). Musicoterapia en el S. XXI en España: situación y evolución profesional, formativa y asociativa. *Brazilian Journal of Music Therapy*, 32, 74-99. <https://doi.org/10.51914/brjmt.32.2021.386>
- Marks, I. M. y Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15(5-6), 247-261. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0162-3095(94)90002-7)
- Mårtensson, E., Blomberg, O., Pettman, D., Sörensdotter, R., von Essen, L. y Woodford, J. (2020). Psychological interventions for depression among informal caregivers of older adult populations: protocol of a systematic review and meta-analysis of randomised

- controlled trials. *BMJ Open*, 10(9), e036402. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036402>
- Martín-Carrasco, M., Salvadó, I., Nadal Álava, S., Miji, C. L., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caragiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-346.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Roa Díaz, Z. M., Espinola, O. P., Gamba, M., Itodo, O. A., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Velarde, M. R. y Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *eClinicalMedicine*, 56, 101821. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie informes monográficos nº 1 - SALUD MENTAL. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Montgomery, S. A. y Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G. y Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R. y Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.31>

- Morán, C., René, L. y González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es.
- Mosley, P. E., Moodie, R. y Dissanayaka, N. (2017). Caregiver Burden in Parkinson Disease: A Critical Review of Recent Literature. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(5), 235-252. <https://doi.org/10.1177/0891988717720302>
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, I., Machón, M., del Río, M. y Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Quality of Life Research*, 25(5), 1059-1092. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4>
- Nezu, A. M., McClure, K. S. y Nezu, C. M. (2016). The Assessment of Depression. En A. Wells y P. Fisher (Eds.), *Treating Depression: MCT, CBT and Third Wave Therapies* (pp. 24-51). John Willey & Sons.
- Nilsson, K. (2016). Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 490-505. <https://doi.org/10.1177/1403494816636265>
- Noto, S. (2023). Perspectives on Aging and Quality of Life. *Healthcare*, 11(15), 2131. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152131>
- Novak, M. y Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29(6), 798-803. <https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
- O' Callaghan, C. (2015). Music therapy in palliative care. En N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy y D. C. Currow (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.003.0047>

- O'Callaghan, C. y Grocke, D. (2009). Lyric analysis research in music therapy: Rationales, methods and representations. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 320-328. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.09.004>
- O'Callaghan, C. y McDermott, F. (2004). Music Therapy's Relevance in a Cancer Hospital Researched Through a Constructivist Lens. *Journal of Music Therapy*, 41(2), 151-185. <https://doi.org/10.1093/jmt/41.2.151>
- Oh, E., Moon, S., Chung, D., Choi, R. y Hong, G. R. S. (2024). The moderating effect of care time on care-related characteristics and caregiver burden: differences between formal and informal caregivers of dependent older adults. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1354263>
- Okamoto, M. (2005). *The Effects of Music Therapy Interventions on Grief and Spirituality of Family Members of Patients in A Hospice Setting* [Trabajo Fin de Máster, Florida State University]. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-2299
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- O'Rourke, N. (2004). Caregiver Burden and Depressive Symptomatology. *Clinical Gerontologist*, 27(4), 41-52. https://doi.org/10.1300/J018v27n04_05
- Pappas, S. (2023). Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. Here's how to do it successfully. *Monitor on Psychology*, 54(2), 30. <https://www.apa.org/monitor/2023/03/continuing-education-group-therapy>
- Parker, J. D. A. y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344. <https://doi.org/10.1002/per.2410060502>

- Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 279-289. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/espaykel>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R. y Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological Aspects of Natural Language Use: Our Words, Our Selves. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 547-577. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145041>
- Pereira, H. R. y Rebelo Botelho, M. A. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2448-2457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03644.x>
- Pérez-Cruz, M., Parra-Anguita, L., López-Martínez, C., Moreno-Cámara, S. y del-Pino-Casado, R. (2019). Coping and Anxiety in Caregivers of Dependent Older Adult Relatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1651. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091651>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A. y Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2311-2322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05725.x>
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martínez, M. y Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and

- older adults: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(1), e0189874.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189874>
- del-Pino-Casado, R., López-Martínez, C., Osuna, A. F. y Orgeta, V. (2022). The relationship between perceived social support and psychological distress in carers of older relatives: A longitudinal cross-lagged analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 401-406.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.075>
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C. y Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C. y Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(5), e0217648.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648>
- del-Pino-Casado, R., Serrano-Ortega, N., López-Martínez, C. y Orgeta, V. (2019). Coping strategies and psychological distress in family carers of frail older people: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 517-523.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.038>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Poch, S. (2013). *Musicoterapia en psiquiatría*. Editorial Médica Jims, S.L.
- Priego-Cubero, E., Orgeta, V., López-Martínez, C. y del-Pino-Casado, R. (2023). The Relationship between Social Support and Anxiety Symptoms in Informal Carers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1244.
<https://doi.org/10.3390/jcm12031244>

- Priestley, M. (1975). *Music Therapy in Action*. Constable London.
- Rabin, R. y Charro, F. de. (2001). EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 33(5), 337-343. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurement*, 1(3). <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Raglio, A., Fonte, C., Reani, P., Varalta, V., Bellandi, D. y Smania, N. (2016). Active music therapy for persons with dementia and their family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 1085-1087. <https://doi.org/10.1002/gps.4421>
- Ramírez, V. J. A., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. E. y López, C. G. F. (2008). Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/665/1168>
- Rausch, C., van Zon, S. K. R., Liang, Y., Laflamme, L., Möller, J., de Rooij, S. E. y Bültmann, U. (2022). Geriatric Syndromes and Incident Chronic Health Conditions Among 9094 Older Community-Dwellers: Findings from the Lifelines Cohort Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(1), 54-59.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.02.030>
- Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M. y Grossberg, G. T. (2013). Caregiver Health: Health of Caregivers of Alzheimer's and Other Dementia Patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 367. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0367-2>
- del Río Lozano, M., García-Calvente, M. M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M. y Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227-3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>

- del Río-Lozano, M., García-Calvente, M. M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F. y Maroto-Navarro, G. (2013). Gender Identity in Informal Care. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506-1520. <https://doi.org/10.1177/1049732313507144>
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M. y Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journals of Gerontology*, 38(3), 344-348. <https://doi.org/10.1093/geronj/38.3.344>
- Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87-88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es&nrm=iso. ISSN 2007-7459.
- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J. y del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000300005>
- Rondón Bernard, J. E. (2018). Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6-7. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2018.05.00082>
- Roth, D. L., Fredman, L. y Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R. y Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139(January), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Ruisoto, P., Ramírez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S. y Clemente-Suárez, V. J. (2020). Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7338. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197338>
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessner, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. y Burns, C. (1986). The inventory for depressive symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18(1), 65-87. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90060-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90060-0)
- Saffari, M., Koenig, H. G., O'Garra, K. N. y Pakpour, A. H. (2018). Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia. *Dementia*, 147130121879808. <https://doi.org/10.1177/1471301218798082>
- Salvà, A. (2006). Envejecimiento y dependencia. *Revista Española de Geratría y Gerontología*, 41(S1), 3-4. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-dependencia-13096070>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., Vázquez, C. y Dpto. I+D Clinical & Talent Assessment. (2011). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson.
- Saucier, G. y Skrzypińska, K. (2006). Spiritual But Not Religious? Evidence for Two Independent Dispositions. *Journal of Personality*, 74(5), 1257-1292. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00409.x>

- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297. <https://doi.org/10.1007/BF00782883>
- Schulz, R. y Monin, J. K. (2011). The Costs and Benefits of Informal Caregiving. En *Moving Beyond Self-Interest Perspectives from Evolutionary Biology, Neuroscience, and the Social Sciences* (pp. 179-198). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195388107.003.0053>
- Schulz, R. y Tompkins, C. A. (2010). Informal Caregivers in the United States: Prevalence, Caregiver Characteristics, and Ability to Provide Care. En National Research Council Committee (Ed.), *The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210048/>
- Sciubba, J. D. (2020). Population Aging as a Global Issue. En *Oxford Research Encyclopedia of International Studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190846626.013.559>
- Shari, H. (2020). *Songwriting a Short Song of Meaning with Adults with Severe Mental Illness: A Development of a Method* [Trabajo Fin de Máster, Lesley University]. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/288
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A. y von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17(2), 125-147. <https://doi.org/10.1177/0898264304274179>
- Silverman, M. J., Baker, F. A. y MacDonald, R. A. R. (2016). Flow and meaningfulness as predictors of therapeutic outcome within songwriting interventions. *Psychology of Music*, 44(6), 1331-1345. <https://doi.org/10.1177/0305735615627505>
- Silverman, W. K. y Kurtines, W. M. (1999). *A Pragmatic Perspective toward Treating Children with Phobia and Anxiety Problems* (S. Russ y T. Ollendick, Eds.; pp. 505-521). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4755-6_26

- Silverman, W. K. y van Schalkwyk, G. I. (2019). What Is Anxiety? En S. N. Compton, M. A. Villabø y H. Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 7-16). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00002-5>
- Smeijsters, H. (2008). In Defense of the Person – Limitations of an Aesthetic Theory of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 19-24.
<https://doi.org/10.1080/08098130809478192>
- Song, L. Y., Biegel, D. E. y Milligan, S. E. (1997). Predictors of Depressive Symptomatology Among Lower Social Class Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269-286.
<https://doi.org/10.1023/A:1025090906696>
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. y Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*, 5(11), 961-973. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70599-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70599-3)
- Sorensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.
<https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.
- Steiner, A. C. (2019). *The Effects of a Single Music-Assisted Mindfulness Relaxation (MAMR) and Psychoeducation Session with Electronic Resource on Wellbeing of Informal Caregivers* [Tesis doctoral, Florida State University].
http://purl.flvc.org/fsu/fd/2019_Summer_Steiner_fsu_0071E_15342
- Steiner-Brett, A. C. (2023). The use of music therapy to address psychosocial needs of informal caregivers: An integrative review. *The Arts in Psychotherapy*, 84, 102036.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102036>

- Stokes, T. F. y Osnes, P. G. (1989). An operant pursuit of generalization. *Behavior Therapy*, 20(3), 337-355. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80054-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80054-1)
- Strehler, B. L. (1977). *Times, Cells, and Aging* (2nd ed.). Academic Press.
- Stuart-Hamilton, I. (2012). *The psychology of ageing: An introduction*. Jessica Kingsley Publishers.
- Sun, X. y Li, X. (2023). Editorial: Aging and chronic disease: public health challenge and education reform. *Frontiers in Public Health*, 11, 1175898. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1175898>
- Sun, Y., Ji, M., Leng, M., Li, X., Zhang, X. y Wang, Z. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104204>
- Tausczik, Y. R. y Pennebaker, J. W. (2010). The Psychological Meaning of Words: LIWC and Computerized Text Analysis Methods. *Journal of Language and Social Psychology*, 29(1), 24-54. <https://doi.org/10.1177/0261927X09351676>
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- Torres, E. y del Campo, P. (1999). *Lecciones de Musicoterapia*. Instituto de Música, Arte y Proceso.
- United Nations. (2022). *World Population Prospects: The 2022 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://population.un.org/wpp/>
- United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World*. <https://doi.org/10.18356/9789210019682>

- United Nations Economic Commission for Europe. (2019). *The Challenging Roles of Informal Carers: UNECE Policy Brief on Ageing No. 22*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/27083047-22>
- Urzúa, M. A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., Sambasivam, R., Chua, B. Y., Ng, L. L., Prince, M. y Subramaniam, M. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(2), 221-231. <https://doi.org/10.1017/S104161021500160X>
- de Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L. y Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Vallejo Ruiloba, J. (2015). Trastornos depresivos. En *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.^a ed.). Elsevier España.
- Vandepitte, S., van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K. y Annemans, L. (2016). Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929-965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>
- Vázquez, F., Blanco, V. y Otero, P. (2022). Etiología. En *Guía de intervención del estrés* (pp. 47-83). Editorial Síntesis.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El

- Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós Barcelona.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J. y Maiuro, R. D. (1991). The Screen for Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 31(1), 76-83. <https://doi.org/10.1093/geront/31.1.76>
- Ware, J. E., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey. *Medical Care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Warth, M., Kessler, J., Koenig, J., Hillecke, T. K., Wormit, A. F. y Bardenheuer, H. J. (2015). Methodological challenges for music therapy controlled clinical trials in palliative care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 344-371. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.987803>
- Weathers, E., McCarthy, G. y Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79-96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
- Weisser, F. B., Bristowe, K. y Jackson, D. (2015). Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with Motor Neurone Disease/Amyotrophic Lateral Sclerosis: A secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative Medicine*, 29(8), 737-745. <https://doi.org/10.1177/0269216315575851>
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>
- Wigram, T. (1997). Musicoterapia: Estructura y flexibilidad en el proceso de musicoterapia. En P. del Campo (Ed.), *La música como proceso humano*. Amarú.

- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. y Baker, F. (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. y Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- de Wit, M. y Hajos, T. (2013). Quality of Life. En J. Turnet y M. Gellman (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1602-1603). Springer New York.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1196
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- World Health Organization. (2002). *WHOQOL-SRPB field-test instrument: WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) field-test instrument: the WHOQOL-100 questions plus 32 SRPB questions* (2012 revision). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-04>
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization.
- Yalom, I. D. (2002). *El don de la terapia*. Editorial Planeta.
- Yeh, P. M. y Bull, M. (2009). Influences of Spiritual Well-Being and Coping on Mental Health of Family Caregivers for Elders. *Research in Gerontological Nursing*, 2(3), 173-181.
<https://doi.org/10.3928/19404921-20090421-08>
- Young, S., Walter, S., Wang, K., Piamjariyakul, U. y Lewis, F. (2024). The influence of spirituality on caregiver burden and quality of life in older adult informal caregivers. *Geriatric Nursing*, 58(4), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.013>

- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zhylkybekova, A., K. Koshmaganbetova, G., M. Grijbovski, A. y Glushkova, N. (2023). Effect of Interventions on Informal Caregivers of Older Adults: A Scientific Mini Review. *West Kazakhstan Medical Journal*, 65(4), 44-53. <https://doi.org/10.18502/wkmj.v65i4.14678>
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zueras, P. y Rentería, E. (2020). Trends in disease-free life expectancy at age 65 in Spain: Diverging patterns by sex, region and disease. *PLOS ONE*, 15(11), e0240923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240923>
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- Zúñiga Salazar, G., Zúñiga, D., Balasubramanian, S., Mehmood, K. T. y Al-Baldawi, S. (2024). The Relation Between Arterial Hypertension and Cognitive Impairment: A Literature Review. *Cureus*, 16(1), e52782. <https://doi.org/10.7759/cureus.52782>
- Zwar, L., König, H.-H. y Hajek, A. (2020). Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: Findings from a population-based panel study. *Social Science & Medicine*, 264, 113281. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113281>

VIII. Anexos

8. Anexos

8.1. Artículos publicados

Estudio I

Pérez-Núñez, P, Martínez, O., Espinosa, P., Perosanz, A., García, I., O'Callaghan, C. (2024). Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency. *Healthcare*, 12(17):1683.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12171683> [IF: 2.4, Q2 Health Care Sciences and Services]



Article

Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency

Paula Pérez-Núñez ^{1,*} , Oscar Martínez ¹ , Patricia Espinosa ¹, Ane Perosanz ¹, Irune García ¹ and Clare O'Callaghan ^{2,3}

¹ Neuro-e-Motion Research Team, Faculty of Health Sciences, University of Deusto, Av. Universidades, 24, 48007 Bilbao, Spain

² Department of Medicine, St Vincent's Hospital, University of Melbourne, 29 Regent Street, Fitzroy, VIC 3065, Australia

³ Caritas Christi (Palliative Care Unit) and Psychosocial Cancer Care, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, VIC 3065, Australia

* Correspondence: paula.perez@deusto.es; Tel.: +34-944139377

Abstract: Informal caregivers of older people face demanding responsibilities that can negatively affect their wellbeing, highlighting the relevance of interventions that address their specific needs. This study aimed to assess the effects of a group music therapy program based on different songwriting approaches applied to informal caregivers of older adults with dependency. A sample of 113 caregivers participated, being assigned either to the intervention (n = 60) or the control group (n = 53). The intervention group caregivers received 10 weekly sessions of the songwriting program, while the control group continued with their usual care service. Psychological symptoms and health-related quality of life (HRQoL) were assessed at baseline and follow-up using the State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, Zarit Burden Interview, and SF-36. Group × Time interactions revealed significant improvements in the intervention group compared to the control one in trait anxiety (p = 0.022), social functioning (p = 0.013), role limitations due to physical problems (p = 0.020), and physical component summary (p = 0.022). These findings provided valuable evidence on this novel intervention, showing positive effects for caregivers' wellbeing. The current research emphasizes the importance of considering music therapy as a potential intervention among caregiver support programs.

Keywords: informal caregivers; group music therapy; songwriting; HRQoL; psychological wellbeing



Citation: Pérez-Núñez, P.; Martínez, O.; Espinosa, P.; Perosanz, A.; García, I.; O'Callaghan, C. Effects of Songwriting Group Music Therapy Program among Informal Caregivers of Older Adults with Dependency. *Healthcare* **2024**, *12*, 1683. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171683>

Estudio II

Pérez-Núñez, P., O'Callaghan, C., López-Paz, J. F., Ruiz de Lazcano, A., Rodríguez, A. A., & Amayra, I. (2024). Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1334875>

[IF: 2.6, Q2 Psychology, Multidisciplinary]



TYPE Original Research
PUBLISHED 06 March 2024
DOI 10.3389/fpsyg.2024.1334875



OPEN ACCESS

EDITED BY
Changiz Mohiyeddini,
Oakland University William Beaumont School
of Medicine, United States

REVIEWED BY
Silvia Varani,
Fondazione ANT Italia ONLUS, Italy
Niels Hannibal,
Aalborg University, Denmark

*CORRESPONDENCE
Paula Pérez-Núñez
✉ paula.perez@deusto.es

RECEIVED 07 November 2023
ACCEPTED 12 February 2024
PUBLISHED 06 March 2024

CITATION
Pérez-Núñez P, O'Callaghan C, López-Paz JF,
Ruiz de Lazcano A, Rodríguez AA and
Amayra I (2024) Songwriting Group Music
Therapy to promote psychological
adjustment in informal caregivers of elderly
people with dependency: a mixed methods
study.
Front. Psychol. 15:1334875.
doi: 10.3389/fpsyg.2024.1334875

COPYRIGHT
© 2024 Pérez-Núñez, O'Callaghan,
López-Paz, Ruiz de Lazcano, Rodríguez and
Amayra. This is an open-access article
distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). The
use, distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s) are
credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted
which does not comply with these terms.

Songwriting Group Music Therapy to promote psychological adjustment in informal caregivers of elderly people with dependency: a mixed methods study

Paula Pérez-Núñez^{1*}, Clare O'Callaghan^{2,3},
Juan Francisco López-Paz¹, Aitana Ruiz de Lazcano¹,
Alicia Aurora Rodríguez¹ and Imanol Amayra¹

¹Faculty of Health Sciences, Department of Psychology, University of Deusto, Bilbao, Spain,
²Department of Medicine, St. Vincent's Hospital, The University of Melbourne, Melbourne, VIC,
Australia, ³Caritas Christi (Palliative Care Unit) and Psychosocial Cancer Care, St. Vincent's Hospital,
Melbourne, VIC, Australia

Introduction: Informal caregivers of elderly people with dependency (EPD) provide intensive care that can affect their quality of life (QoL). Psychosocial interventions such as music therapy are important to work on their self-care. The aim of this study is to analyze, with a mixed method approach, the experience of participating in a Songwriting Group Music Therapy (SGMT) intervention on informal caregivers of EPD.

Methods: A total of 11 groups, with a convenience sample of 61 caregivers, received 10 SGMT sessions. Quantitative information related to QoL variables (anxiety, depression, spirituality, burden, and coping) was collected before and after the intervention and at 3 months of follow-up. Regarding qualitative data, an open-ended question about the experience of participating was asked.

Results: Significant changes were shown, sustained over time, in trait anxiety and depression and subscales including inner peace, social functioning, and mental health. Three themes were generated from the thematic analysis, including that SGMT participation can enhance personal growth, bring out and enable work on emotions, and promote helpful interpersonal dynamics.

Discussion: The findings indicate that SGMT is a useful intervention for informal caregivers of EPD, promoting psychological adjustment, enhanced coping, emotional regulation, and social support. This study reinforces the findings with caregivers of other populations, providing new results and highlighting the benefits of SGMT for caregivers of EPD.

KEYWORDS

informal caregivers, mixed methods, quality of life, psychological adjustment, Songwriting Group Music Therapy

8.2. Dictamen del Comité de Ética



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Ref: ETK-42/20-21

La Dra. Dña. Esther Lázaro presenta al Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto la documentación correspondiente a la modificación del proyecto *La musicoterapia aplicada en población infanto-juvenil con trastornos neurológicos para la mejora de la calidad de vida*, que, en su momento, recibió el visto bueno desde el Comité de ética de la Universidad de Deusto (Ref: ETK-3/19-20 [en adjunto]).

El tema principal del proyecto, así como los objetivos, siguen siendo los mismos que el proyecto evaluado positivamente. En este caso, se ha modificado la población a la que se dirige, siendo los familiares o cuidadores informales de personas en situación de final de vida (cuidados paliativos). Por ello, envían los documentos relacionados con el consentimiento informado adaptados a esta nueva muestra.

El Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto ha analizado la documentación que envía y, tras la evaluación realizada, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 25 de marzo de 2021 en la que se tomó el acuerdo, se emite un informe favorable del procedimiento establecido para el consentimiento informado.

El Comité de Ética en Investigación considera que desde el punto de vista ético el abordaje metodológico propuesto en el proyecto, a partir de esta modificación, sigue siendo adecuado en todo lo referente a la protección y evitación de riesgos a los participantes y el respeto a la autonomía. Asimismo, se ajusta a los principios metodológicos, éticos y jurídicos que debe tener este tipo de investigación.

Y para que así conste,

Dra. Dña. Cristina de la Cruz Ayuso
Coordinadora del Comité de Ética en Investigación
Universidad de Deusto

DE LA CRUZ
AYUSO MARIA
CRISTINA -
30626305B

Firmado digitalmente por DE LA
CRUZ AYUSO MARIA CRISTINA -
30626305B
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-30626305B,
givenName=MARIA CRISTINA,
sn=DE LA CRUZ AYUSO, cn=DE LA
CRUZ AYUSO MARIA CRISTINA -
30626305B
Fecha: 2021.03.31 13:36:37 +02'00'

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE DEUSTO**

Ref: ETK-3/19-20

Tras la evaluación del proyecto de tesis *La musicoterapia aplicada en población infanto-juvenil con trastornos neurológicos para la mejora de la calidad de vida*, realizada por Dña. Paula Pérez Núñez, y que la Dra. Dña. María Esther Lázaro Pérez presenta para su evaluación, en calidad de Directora, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 27 de septiembre de 2019 en la que se tomó el acuerdo, emite un **INFORME FAVORABLE**.

El Comité de Ética en Investigación considera que desde el punto de vista ético el proyecto es adecuado en todo lo referente a la protección y evitación de riesgos a los participantes y el respeto a la autonomía. Asimismo, se ajusta a los principios metodológicos, éticos y jurídicos que debe tener este tipo de investigación. No se observan riesgos de ningún tipo para los participantes y se establecen medidas adecuadas que ofrecen suficientes garantías éticas durante su desarrollo.

El proyecto tiene en cuenta la regulación sobre de protección de datos personales (UE 2016/679) aprobada por la Comisión y el Consejo de la UE en abril de 2016 en relación al i) procedimiento de consentimiento informado; ii) acceso a datos personales; iii) el uso de datos para el interés público; y iv) las responsabilidades de los investigadores responsables del proyecto¹.

Y para que así conste,



Dra. Dña. Cristina de la Cruz Ayuso
Coordinadora de la Comisión de Ética en Investigación
Universidad de Deusto

En Bilbao a 30 de septiembre de 2019

¹ En Anexo a este informe se aporta información relevante sobre la política de protección de datos en la investigación de la Universidad de Deusto que conviene tener en cuenta y/o adaptar a las características del proyecto para recabar el consentimiento informado de los participantes (o el de sus representantes).

8.3. Tablas suplementarias del Estudio II

Supplementary table 1. Pre and post non-significative measures

Scale	Pre (<i>n</i> = 60) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Post (<i>n</i> = 60) <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Z</i>	<i>p</i>
STAI-S	29.58 (11.75)	27.57 (11.42)	-1.149	.250
WHOQOL-SRPB				
Connect	2.18 (0.98)	2.28 (1.08)	-0.946	.344
Meaning	2.95 (0.93)	3.12 (0.83)	-1.663	.096
Awe	3.02 (0.72)	3.01 (0.68)	-0.216	.829
Whole	2.80 (0.79)	2.93 (0.78)	-1.476	.140
Strenght	2.48 (1.02)	2.6 (1.03)	-1.381	.167
Hope	2.97 (0.62)	3.02 (0.74)	-0.650	.516
Faith	2.38 (1.06)	2.52 (1.04)	-1.675	.094
ZARIT	59.68 (14.45)	58.13 (14.93)	-1.174	.240
COPE-28				
Active Coping	1.81 (0.57)	1.86 (0.54)	-0.685	.493
Planning	1.38 (0.59)	1.53 (0.58)	-1.501	.133
Use of Emotional Support	1.57 (0.69)	1.63 (0.62)	-0.487	.626
Use of Instrumental Support	1.55 (0.61)	1.50 (0.63)	-0.365	.715
Religion	0.93 (0.74)	1.02 (0.82)	-1.261	.207
Positive Reframing	1.15 (0.53)	1.22 (0.68)	-0.828	.407
Acceptance	1.86 (0.56)	1.89 (0.58)	-0.471	.638
Denial	0.55 (0.64)	0.63 (0.71)	-0.611	.541
Humor	0.54 (0.64)	0.52 (0.74)	-0.601	.548
Self-distraction	1.39 (0.70)	1.43 (0.74)	-0.428	.669
Self-blame	0.60 (0.61)	0.58 (0.59)	-0.229	.819
Behavioral Disengagement	0.33 (0.51)	0.26 (0.48)	-1.217	.224
Venting	1.01 (0.63)	1.00 (0.66)	-.174	.862
Substance Use	0.08 (0.26)	0.07 (0.23)	-0.707	.480
SF-36				
Physical Functioning	74.92 (23.08)	76.09 (21.94)	-.336	.737
Role-Physical	48.75 (42.79)	57.50 (41.25)	-1.344	.179
Bodily Pain	50.92 (25.38)	55.13 (22.94)	-1.156	.248
General Health	54.03 (21.92)	54.93 (21.44)	-0.343	.732
Vitality	49.33 (19.50)	52 (18.55)	-1.421	.155
Role-emotional	52.78 (46.05)	54.45 (45.91)	-0.299	.765
Physical Component	44.22 (10.61)	45.60 (9.73)	-0.883	.377
Mental Component	37.18 (12.17)	38.78 (11.09)	-1.156	.248

Supplementary table 2. Pre and follow-up non-significative measures

Scale	Pre (<i>n</i> = 60) <i>M</i> (<i>SD</i>)	Follow-Up (<i>n</i> = 50) <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Z</i>	<i>p</i>
WHOQOL-SRPB				
Connect	2.18 (0.98)	2.22 (1.04)	-0.602	.547
Meaning	2.95 (0.93)	3.11 (0.88)	-1.153	.249
Awe	3.02 (0.72)	3.15 (0.67)	-0.530	.596
Strength	2.48 (1.02)	2.60 (1.02)	-0.129	.897
Hope	2.97 (0.62)	2.99 (0.75)	-0.634	.526
Faith	2.38 (1.06)	2.52 (1.09)	-0.721	.471
COPE-28				
Active Coping	1.81 (0.57)	1.76 (0.56)	-0.446	.656
Planning	1.38 (0.59)	1.54 (0.67)	-1.686	.092
Use of Emotional Support	1.57 (0.69)	1.62 (0.59)	-0.527	.598
Use of Instrumental Support	1.55 (0.61)	1.41 (0.61)	-1.396	.163
Religion	0.93 (0.74)	0.95 (0.74)	-0.365	.693
Positive Reframing	1.15 (0.53)	1.27 (0.65)	-1.173	.241
Acceptance	1.86 (0.56)	1.99 (0.70)	-1.382	.167
Denial	0.55 (0.64)	0.48 (0.53)	-0.643	.520
Humor	0.54 (0.64)	0.45 (0.59)	-1.272	.203
Self-distraction	1.39 (0.70)	1.39 (0.64)	-0.066	.948
Self-blame	0.60 (0.61)	0.54 (0.57)	-0.695	.487
Behavioral Disengagement	0.33 (0.51)	0.4 (0.55)	-0.773	.440
Venting	1.02 (0.63)	1.02 (0.64)	-0.243	.808
Substance use	0.08 (0.26)	0.05 (0.21)	-1.518	.129
SF-36				
Physical Functioning	74.92 (23.08)	76.30 (23.45)	-0.669	.503
Role-Physical	48.75 (42.79)	55.50 (46.37)	-1.363	.173
General Health	54.03 (21.92)	57.94 (21.37)	-1.599	.110
Vitality	49.33 (19.50)	52.50 (21.72)	-1.081	.280
Role-Emotional	52.78 (46.05)	61.34 (44.85)	-1.692	.091
Mental Health	52.40 (12.90)	54.64 (13.75)	-1.264	.206
Physical Component	44.22 (10.61)	45.75 (10.68)	-0.912	.362
Mental Component	37.18 (12.17)	39.32 (11.87)	-1.955	.051

