

**LA MÚSICA Y SUS EFECTOS TERAPÉUTICOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER,
PERTENECIENTES AL INSTITUTO DE RECUPERACIÓN Y CUIDADOS
INTERMEDIOS CAMINOS DE LA VIDA**

**ANA MARÍA ESPINOSA FERNÁNDEZ
ADRIANA PATRICIA LOAIZA PELÁEZ**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO - ANTIOQUIA
MAYO DE 2013**

**LA MÚSICA Y SUS EFECTOS TERAPÉUTICOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER,
PERTENECIENTES AL INSTITUTO DE RECUPERACIÓN Y CUIDADOS
INTERMEDIOS CAMINOS DE LA VIDA**

ANA MARÍA ESPINOSA FERNÁNDEZ

ADRIANA PATRICIA LOAIZA PELÁEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al TÍTULO de
PSICÓLOGAS**

Director de Trabajo de Grado

Mg. VÍCTOR HUGO CANO BEDOYA

Psicólogo

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO - ANTIOQUIA

MAYO DE 2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Envigado – Antioquia

Mayo de 2013

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto de investigación:

A los adultos mayores en "Caminos de la Vida" que padecen la enfermedad de Alzheimer por su incansable deseo de vivir, por la gran motivación que mostraban al realizar cada sesión de psicoterapia, permitiéndonos así inferir sobre la música y los efectos terapéuticos que ésta causaba en ellos, y por enseñarnos que la auténtica sabiduría esta en aprender a compartir las cosas más elementales de la vida con las personas que estén al rededor, sin importar la edad y la enfermedad.

A los Hogares geriátricos, empleados, cuidadores y a todas las familias afectadas, cuya labor y empeño hacen posible la atención integral hacia el adulto mayor con la enfermedad de Alzheimer, a pesar de las restricciones o limitaciones institucionales que a diario encuentran.

A los geriatras, gerontólogos, médicos, neurólogos y profesionales de la salud, además a los estudiantes que vienen a futuro en psicología, esperando que encuentren en este proyecto un apoyo para que las recomendaciones que se brindan sobre la música como terapia no farmacológica, puedan ser utilizadas como estimulación sensorial, consecuentemente en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A los docentes y asesores en la profesión de psicología, cuyos aportes, experiencias y sugerencias están presentes en este trabajo, deseando que los motive a seguir contribuyendo con su conocimiento epistemológico en esta área.

AGRADECIMIENTOS

*A todos los abuelos en "Caminos de la Vida" que padecen la enfermedad de Alzheimer,
los que aún están y los que ya se fueron, a sus cuidadores y familias.*

*A todos y cada uno de los profesores que nos apoyaron con sus conocimientos
a lo largo de estos dos apasionantes años de trabajo.*

A nuestros amigos y familiares que siempre estuvieron ahí para apoyarnos.

!Gracias;

Índice

	Páginas
1. Título	11
2. Resumen	12
3. Introducción	15
4. Contextualización y descripción del área de trabajo	18
4.1 Historia instituto de recuperación y cuidados intermedios “Caminos de la vida”	18
4.2 Misión	19
4.3 Visión	19
5. Diagnóstico	20
6. Planteamiento del problema	22
6.1 Formulación del problema	22
6.2 Justificación	25
7. Objetivos	28
7.1 Objetivo general	28
7.2 Objetivos específicos	28
8. Marco referencial	29
8.1 Marco de antecedentes	29
8.2 Marco teórico	31
8.2.1 La edad adulta mayor	31
8.2.2 La enfermedad de Alzheimer	34
8.2.3 Calidad de vida	38

8.2.4 La música aplicada a la intervención terapéutica en adultos mayores	42
8.2.5 Terapias no farmacológicas	46
9. Método	48
9.1 Tipo de estudio	48
9.2 Diseño	51
9.3 Población	52
9.3.1 Muestra	52
9.4 Técnicas de recolección	52
9.5 Estrategias de intervención	53
9.6 Procedimiento	55
10. Resultados	57
11. Análisis y discusión de los resultados	65
12. Conclusiones	69
13. Limitaciones o dificultades	71
14. Recomendaciones	72
15. Referencias	74
16. Anexos	78

Índice de Tablas

	Página
Tabla 1: Constructivismo	50

Índice de Anexos

	Páginas
Anexo 1: Consentimiento Informado	78
Anexo 2: Anamnesis de los pacientes	79
Anexo 3: Cuestionario de preferencias musicales	81
Anexo 4: Diario de campo	82
Anexo 5: Hoja de observación respuestas	83
Anexo 6: Cronograma de actividades	84
Anexo 7: Presupuesto global del trabajo de grado	85

1. Título

**LA MÚSICA Y SUS EFECTOS TERAPÉUTICOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER,
PERTENECIENTES AL INSTITUTO DE RECUPERACIÓN Y CUIDADOS
INTERMEDIOS CAMINOS DE LA VIDA**

2. Resumen

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo principal comprender los efectos terapéuticos de la música en la calidad de vida en seis adultos mayores diagnosticados con Alzheimer, pertenecientes al Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios “*Caminos de la Vida*” de la ciudad de Medellín. En el caso de las enfermedades neurodegenerativas que dejan secuelas irreversibles y que van en aumento en la población mundial, se hace necesario, además del modelo farmacológico, contar con tratamientos que busquen activar simultáneamente los mecanismos funcionales biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales de cada paciente. Las terapias no farmacológicas, se vienen utilizando desde hace varios años para lograr que por medio de intervenciones, a través de agentes primarios no químicos, como es la música, mejorar la calidad de vida de las personas. La escogencia de un diseño de tipo cualitativo para esta investigación obedece a la naturaleza del objeto de estudio o de conocimiento que se pretende construir, que es la calidad de vida. En lo que refiere a la metodología, la hermenéutica, como una actitud que mantienen las investigadoras durante todo el estudio siendo la base de la construcción del conocimiento, se toman las vivencias, actitudes, conductas y expresiones emocionales, observadas en las sesiones de terapias musicales, las cuales se convierten en textos para ser leídos, y a su vez, se constituyen en los indicadores de calidad de vida. En dichas sesiones, la experiencia musical brindó aceptación, atención, y participación activa de cada uno de los pacientes; se evidenció una predisposición positiva hacia la música, porque además de generar y evocar sentimientos, recuerdos y emociones, estas sensaciones logran capacidad de interconectarse y relacionarse

con sus compañeros, aumentando su sentimiento de pertenencia al grupo y mejorando su calidad de vida.

Palabras claves: adulto mayor, enfermedad de Alzheimer, terapias no farmacológicas, calidad de vida.

Abstract

The present work has as main objective research to understand the therapeutic effects of music on quality of life in six adults diagnosed with Alzheimer's, relevant to high school and intermediate care recovery "ways of life" in the city of Medellin. For neurodegenerative and irreversible diseases, consequence are increasing in the world population, it is necessary in addition to the pharmacological model, have enabled treatments simultaneously seeking functional biological mechanisms, physiological psychological, intellectual, social and spiritual each patient. Non-pharmacological therapies, have been used for several years to get through interventions through primary non chemical agents such as music, is intended to improve the quality of life of people. The choice of a qualitative design for this investigation due to the nature of the object of study or knowledge to be constructed, which is the quality of life. In regard to the methodology, hermeneutics, as an attitude that keep researchers throughout the study to be the basis of knowledge construction take the experiences, attitudes, behaviors and emotional expressions observed in music therapy sessions , which are converted to text to be read and, in turn, is constituent indicators of quality of life. In these meetings, the musical experience provided acceptance, attention and active participation of each of the

patients, was positively evidenced a predisposition towards the music, because in addition to generating and evoke feelings, memories and emotions, these feelings are able to interconnect and network capacity with peers to increase this sense of belonging to the group and improve their quality of life.

Key words: Elderly People, Alzheimer´s Disease, Non-pharmacologic Therapies, Quality of Life.

3. Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos. Adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta y cinco (65) años de edad o más. Según las estadísticas y proyecciones del estudio postcensal No 7 realizado por el DANE y publicado en Marzo del 2010, la población colombiana total al año 2010 estaba compuesta por 45'508.205 personas, de las cuales 3'061.676 eran mayores de 65 años, es decir, adultos mayores. En este mismo estudio el DANE proyecta que para el año 2020 la población total Colombiana sea de 50'912.429 personas, de los cuales 4'324.532 serán adultos mayores. Es así como hoy en día los adultos mayores constituyen una población que va en aumento, debido a un incremento en la esperanza de vida, un mantenimiento en las tasas de natalidad y a una disminución en las tasas de mortalidad.

Una de las enfermedades que más aqueja a dicha población es la demencia neurodegenerativa y en particular la enfermedad de Alzheimer. Por ser esta enfermedad la más frecuente entre las personas diagnosticadas, empieza a situarse en el centro de las planificaciones de atención socio-sanitaria, por su carga social y económica; ya que dicha enfermedad afecta, aproximadamente, y con intensidad variable, al 5% de las personas mayores de más de 65 años y al 20% de aquéllas que superan los 85 años de edad.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por ser una patología de avance progresivo y degenerativo del sistema nervioso central que produce, en quién la padece, incapacidad para realizar las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Ello supone que la dependencia absoluta que padece la persona

enferma conlleva a la pérdida no solo de sus capacidades intelectuales, sino también de aquellas funcionales que le privan de mantener una cotidianeidad normalizada.

(AFACO, 2006, p. 9)

El objetivo principal de este trabajo de grado está dirigido, bien sea a corto o largo plazo, a mejorar la dignidad y la calidad de vida de dicha población, es decir, a desacelerar la progresión del deterioro y a mejorar su estado funcional y emocional, así como a procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible, mediante una serie de actividades planeadas siguiendo las preferencias musicales de todos y cada uno de los integrantes que componen la población.

Las actividades de estimulación sensorial, especialmente las musicales, hacen parte de las terapias no farmacológicas, concepto que se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.

Para el presente estudio se define entonces la calidad de vida como una serie de manifestaciones presentadas por las personas participantes de la investigación en términos de expresión de emociones como la alegría al evocar recuerdos gratos. Es decir, el hecho de conectarse con la música, por medio de las actividades realizadas, nos permite observar en cada adulto mayor las manifestaciones del reencuentro con su propia historia, manifestaciones de emocionalidad placentera y mejoría en la comunicación con sus compañeros alrededor (socialización).

Las intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas, en la población de adultos diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer pertenecientes al Instituto de recuperación y de cuidados intermedios “Caminos de la Vida”, a mejorar su dignidad y su calidad de vida, buscando mantener y estimular sus capacidades preservadas, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello desacelerar el declive que se pudiera venir generado.

4. Contextualización del área de trabajo

4.1 Historia instituto de recuperación y cuidados intermedios “*caminos de la vida*”

Al revisar la definición o el ser de la Institución, encontramos en su portafolio de servicios, el cual se puede observar de manera virtual en la página

<http://ircicaminosdelavida.blogspot.com/>, la siguiente información:

Somos un grupo multidisciplinario con alto grado de capacitación cuyo compromiso fundamental es el mejoramiento continuo vislumbrando el crecimiento y especialización de nuestra empresa con base en el compromiso, la dedicación, la ética, responsabilidad, idoneidad y alta calidad humana y científica (Extraído del portafolio de servicios de la institución).

Pasando al tema de la ubicación y de las instalaciones en general se escribe:

Estamos localizados en un área céntrica del barrio el Poblado de Medellín, confortable en su planta física, que conserva el aspecto campestre propio de la zona, con amplias áreas verdes, árboles frutales y jardines que rodean totalmente las instalaciones y adornan las zonas comunes, además tenemos piscina para hidroterapia.

Sobre las habitaciones y los servicios ofrecidos se plantea:

Las habitaciones en su mayoría son individuales y cuentan con decoraciones y adaptaciones apropiadas para una institución de salud sin perder el ambiente familiar. Ofrecemos servicios de residencia de validos e inválidos, estancia transitoria para tratamientos paliativos y todo el manejo de Enfermedades Neurológicas.

Respecto a la misión y a la visión del Instituto, se tiene:

4.2 Misión

Contribuir a elevar la calidad de vida de los pacientes que ingresen a la institución brindándoles un paquete de productos y servicios innovadores que garanticen la integridad en la atención, así como la eficiencia y calidad.

4.3 Visión

Seremos líderes en la calidad de prestación de servicios y en innovación propendiendo por alcanzar y mantener un liderazgo, único y necesario en nuestro medio, en los cuidados intermedios hospitalarios.

5. Diagnóstico

«¡Ochenta años! ¡Ni ojos, ni oídos, ni dientes, ni piernas, ni aliento! ¡Y es asombroso, al fin de cuentas, cómo uno llega a prescindir de ellos!»

Diario de Claudel, citado por Simone de Beauvoir, 1970

El interés de nuestro trabajo de grado, surge de la investigación realizada como estudiantes de psicología durante los dos semestres de práctica investigativa y los dos de práctica profesional, (2011-2013), que consistió en un rastreo exhaustivo sobre las terapias no farmacológicas implementadas como terapias de intervención biopsicosocial, para optimizar la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado específicamente con la enfermedad neurodegenerativa de Alzheimer, en unas cincuenta instituciones de manera virtual, (hospices, centros de día, hogares geriátricos) en Estados Unidos, México y España, y de manera presencial, en cuarenta y ocho organizaciones de salud pública (instituciones, hogares geriátricos, fundaciones) ubicadas en el Valle de Aburrá.

Se logró observar en las diversas instituciones visitadas que en un alto porcentaje predomina solo el modelo biomédico y una atención básica (higiene, arreglo personal, alimentación y medicación), además de una actitud sesgada hacia los pacientes con demencia, donde todo los comportamientos y cuidados van enfocados a la enfermedad orgánica, dejando de lado la experiencia subjetiva del propio paciente, la importancia de su interacción social, del respeto por su seguridad, su confianza, su autoestima y la búsqueda de una manera dignificante de paliar y ralentizar sus síntomas.

Se identificó también que la población del adulto mayor internalizado en dichas instituciones se encuentra compuesta por múltiples patologías, diferentes edades y en una gran

mayoría por mujeres solteras o viudas, cuyos motivos de internalización son, entre otros, por: enfermedad, soledad, decisión familiar, vejez no productiva. También se evidenció hacinamiento, es decir, tenían más residentes de los que su capacidad física podía albergar; adicionalmente, la mayoría de las instituciones no cuenta con un grupo interdisciplinario (psicólogo, geriatra, gerontólogo, médico, fisioterapeuta, psiquiatra, etc.) para atender integralmente la población.

La enfermedad de Alzheimer es un reto profesional en la medicina, neurociencia, psicología, psiquiatría y gerontología; además en lo social y económico; desafío que lleva a que actualmente los estudios que reconocen la importancia de analizar, comprender e intervenir en el contexto biopsicosocial del adulto mayor, logren no sólo atender las necesidades básicas dentro de las instituciones sino que por medio de las terapias no farmacológicas se descubran modos de compensación de su malestar que conduzcan a que el adulto mayor internalizado sea capaz de convertirse en un sujeto creativo y transformador de su propia vida. Es decir, no se trata solo de alargar sus vidas sino que éstas sean dignas y productivas para ellos.

6. Planteamiento del problema

6.1 Formulación del Problema:

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 65 años de edad y más. El hecho que esa población vaya en aumento deriva en la necesidad de desarrollar planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la psicología.

En la etapa del adulto mayor, donde algunas personas son físicamente activas, relativamente saludables y cognitivamente funcionales, se encuentra una gran población con demencias y múltiples trastornos neurológicos. Estas dificultades son concluyentes para dicha población que se ve amenazada por un declive de la salud, presentándose el deterioro cognitivo, la disminución de las habilidades físicas y de las relaciones sociales, y además de ello, algunos se encuentran internados en hogares geriátricos, donde les suplen las necesidades básicas, aislados de la cultura, sin mantener entre ellos mismos un vínculo social.

Hoy en día las investigaciones (Sacks, 2009; Zatorre, 2001; Benenson, 2008; Mercadal y Martí, 2008; AFAV, 2011), están llevando a que los profesionales, los lugares de internalización para el adulto mayor y la población, logren no sólo atender las necesidades básicas dentro de las instituciones sino que encuentren modos de compensación por la pérdida de autonomía y que el adulto mayor que se encuentra en un asilo sea capaz de convertirse en un sujeto creativo y transformador de las condiciones desfavorables que establece su entorno.

Las publicaciones de psicología, especialmente las del arte, han demostrado un gran interés por lo humano y el sentimiento estético, y se han ido multiplicando al hablar de los efectos terapéuticos de la música. Cuando el adulto mayor se expresa a través de sonidos o canciones, esto bien puede constituirse como una vía alternativa a la comunicación verbal, surgiendo así el interés en el arte por la música y los efectos que produce, ya que como afirma Delacroix (1951): “La música crea un nuevo estado afectivo. Se desprende de los sentimientos ordinarios que no sabrían entrar en sus formas, y los refina, los esquematiza, los abstrae” (p. 182).

La experiencia de escuchar música permite evocar recuerdos y expresar sentimientos; las emociones son transportadas por el arte musical al dominio de la pura representación. El estímulo sonoro es entonces capaz de producir en la persona reacciones impredecibles, que obedecen a su historia, a su estado emocional, a sus necesidades. Es así como la música, en tanto lenguaje no verbal, comunica a través del cuerpo y como afirma Sacks (2009):

Cuando cantamos juntos establecemos un vínculo, compartimos los afectos específicos y las conexiones de la canción; pero el vínculo es más profundo, más primario, si bailamos juntos, si coordinamos nuestros cuerpos y no solo nuestras voces [...] darle la mano a alguien, ejecutar los movimientos del baile con los otros, puede iniciar una reacción que los haga bailar. [...] De este modo, pacientes que de otro modo resultaban inaccesibles se animan, consiguen moverse y recuperar, al menos durante un rato, una sensación de identidad y conciencia físicas, una forma de conciencia que es, quizá la más profunda de todas. (p. 413).

Es valioso el poder de la música como un lenguaje simbólico y expresivo que logra conmover abarcando emociones, así la música: “La más abstracta de las artes [...] sirve a la más callada de las emociones” (Santayana. Citado por Copland, 1955, p. 29).

La funcionalidad de este trabajo, se basa en la sistematización de experiencias de la práctica clínica, lo que permite recopilar información valiosa que conduzca a una visión más objetiva de una situación real como la que viven los adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, residentes en el Instituto de recuperación y cuidados intermedios “*Caminos de la vida*” de la ciudad de Medellín; con el fin de diseñar e implementar actividades musicales que promuevan un incremento en la calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares y reducir la carga de los cuidadores.

Es así como se pretende entonces observar los efectos terapéuticos que tiene la música y cómo éstos repercuten en la calidad de vida en los adultos mayores participantes del presente estudio, planteando así la siguiente pregunta: ¿Cómo puede contribuir, la aplicación terapéutica de la música, al incremento en la calidad de vida en personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer, residentes en el Instituto de recuperación y cuidados intermedios “*Caminos de la Vida*” de la ciudad de Medellín?

6.2 Justificación:

*“El poder integrador y sanador de la música es fundamental,
Es el medicamento no químico más profundo.”*

(Oliver Sacks, en Despertares)

En el caso de la enfermedad de Alzheimer que deja secuelas irreversibles y que va en aumento en la población mundial constituyéndose ésta como una de las grandes amenazas para el futuro, se hace necesario, además de los tratamientos básicos, contar con tratamientos o programas no farmacológicos que permitan atender integralmente dicha población. La importancia de este trabajo de grado realizado en el Instituto de recuperación y cuidados intermedios “*Caminos de la vida*”, se debe a que con las actividades musicales y artísticas a realizar, se pretende potenciar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer.

El declive biológico no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo de la humanidad, siendo de interés para la filosofía, psiquiatría, geriatría, psicología y la medicina de todas las épocas. Es por ello que la medicina contemporánea (neurología y psiquiatría) ha puesto en primer plano investigaciones sobre las demencias, las cuales sugieren que la música puede ayudar a los pacientes y aportar grandes beneficios manteniendo sus capacidades preservadas y mejorando tanto su dignidad como su calidad de vida, mostrando efectos positivos para paliar diferentes síntomas de la demencia como son el deterioro cognitivo, emocional, social y conductual.

Así pues, la música no sólo es un modo de expresión, sino un instrumento terapéutico; hoy más que nunca se utilizan las actividades musicales a nivel mundial en importantes hospicios,

hogares geriátricos, fundaciones, siendo recomendada por profesionales como: Mercadal y Martí, 2008; Sacks, 2009; AFAV, 2011, entre otros, para tratar patologías tanto mentales como físicas, y se ha ido convirtiendo en un instrumento esencial para facilitar la socialización de los individuos, evocar sus recuerdos, musicalizar sus sentimientos, tejiendo lazos afectivos, recuperando con ello su dignidad y optimizando su calidad de vida.

La música como manifestación humana hace referencia a la percepción que tienen las personas de su propio bienestar físico y mental, incluyendo la capacidad de mantener su autonomía y de reducir su dependencia. El efecto positivo, lúdico y terapéutico de la música no sólo aporta beneficios a nivel personal, sino que mejora notablemente la relación entre pacientes, cuidadores y familiares, incrementando la participación y el acercamiento, en el sentido de que permite crear comunidad, buscando con ello ofrecer un espacio propicio en el que se pueda evocar experiencias gratificantes relacionadas con la música y vinculadas, de forma muy especial, a sus recuerdos. Y como dijera Oscar Wilde en una de sus citas célebres: "la música es el arte más cercano a las lágrimas y a los recuerdos".

El envejecimiento poblacional como motivo de reflexión, ha estimulado a las Ciencias Humanas a plantearse la protección social de salud para la vejez. Es así como Enrique Gracia nos indica en su libro *Apoyo social en la intervención comunitaria*, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone:

La implementación de estrategias y programas que estimulen la participación activa de la persona mayor en la vida comunitaria, promuevan un proceso de envejecimiento más saludable mediante cambios de estilos de vida y a través de contextos y entornos

apoyativos, y proporcionen servicios y apoyo suficientes para satisfacer las necesidades de las personas ancianas. (1997, p. 132)

Al momento de realizar una exploración de campo con visitas a cuarenta y ocho instituciones de cuidados a adultos mayores, ubicadas en el Valle de Aburrá, (entre las cuales tenemos: Hogar Vizcaya, Hogar plenitud otoñal, Hogar gerontológico buenaventura, Nueva calidad de vida, Dulce cuidado SAS, Hogar gerontológico la nieve de los años, Hogar dulce ocaso, Hogar geriátrico el amor de mis abuelos, Hogar geriátrico días felices, Hogar gerontogerriátrico reloj de arena, Centro gerontológico y cuidados paliativos, Aires del tiempo, Hogar geriátrico santa Isabel, Hogar revivir, Pensando en el abuelo, Alcalá de henares, Hogar Nazaret, Hogar otoñal y de convalecencia santa ángel, Casa club gerontológica luz y vida, Hogar los laureles, Valorando el abuelo, Corporación caritativa Bernarda Uribe de Restrepo, Hogar pan y amor por Colombia, La granja del abuelo, Habitación salud y vida, Centro bienestar del anciano el rosario, Asilo madre Inés, Fundación gerontológica camino). Una de las deficiencias percibidas en algunas de estas instituciones, tiene que ver con que se brinda atención en aspectos esenciales o básicos, como son los de higiene, arreglo personal, alimentación y medicación, pero se desconocen o se omiten otros que también serían relevantes para esta población que podría ser mucho más holística, es decir, además del acompañamiento dado desde la farmacología y desde la enfermedad, es primordial integrar el quehacer de otras disciplinas como son: la psicología, gerontología, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina homeopática, nutricionista, entre otras.

Se logra entonces percibir en algunas instituciones la deficiencia en la atención del adulto mayor, en cuánto a que en un alto porcentaje no tienen grupo interdisciplinario, la

alimentación no es controlada por una nutricionista, no hay acompañamiento de gerontóloga, psicóloga, ni les realizan actividades artísticas o lúdicas que les contribuya a recuperar su dignidad y a mejorar su calidad de vida.

El adulto mayor tiene mucho que aportar al contexto en que se desarrolla, sus experiencias, habilidades, sabiduría y deseos, deben ser completamente cultivados y valorados por la sociedad en su conjunto. Por ello, es necesario implementar un enfoque terapéutico multidimensional, que integre terapias no farmacológicas con terapias de intervención biopsicosocial partiendo siempre de las necesidades específicas del paciente en pos de mantener, restaurar y mejorar su condición y calidad de vida.

7. Objetivos

7.1 Objetivo General:

Comprender los efectos terapéuticos de la música en la calidad de vida en personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer, pertenecientes al Instituto de recuperación y cuidados intermedios “*Caminos de la Vida*” de la ciudad de Medellín.

7.2 Objetivos Específicos:

- Identificar, por medio de la aplicación del cuestionario de preferencias musicales (Anexo 3) a cada uno de los adultos mayores que componen la población seleccionada, el tipo de repertorio musical preferido y al que responderán mejor contribuyendo esto a mejorar su calidad de vida.
- Detallar por medio del diligenciamiento del diario de campo (Anexo 4) y de la hoja de observación respuestas (Anexo 5), si las actividades musicales realizadas con la población seleccionada tienen o no impacto en su calidad de vida.
- Determinar si las actividades musicales realizadas con la población seleccionada tienen o no impacto en las áreas cognitiva, motriz, socioemocional y conductual.

8. Marco referencial

8.1 Marco de Antecedentes

La música ha sido, en las últimas décadas, objeto de investigaciones por parte de la psicología, la psiquiatría, la neurociencia, todas ellas tratan de dar un aporte sobre resultados fundamentales: ¿Por qué la música causa efectos en los seres humanos? ¿Por qué hace evocar recuerdos? En efecto las investigaciones apuntan a varios científicos, psicólogos, psiquiatras, musicólogos que se han encargado de estudiar este fenómeno ofertándose como tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedades neurológicas.

El neurólogo Oliver Sacks relata los efectos de la música en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y lo plasma en la película *Despertares* (*Penny Marshall, 1990*) y también da explicaciones a través de sus libros *Con una sola pierna* (1984), *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* (1985) y *Un antropólogo en Marte* (1995) da cuenta de cada caso clínico en que describe diferentes dolencias neurológicas y de cómo la música actúa en el cerebro y por tanto en la conducta, hace reaccionar inclusive a personas con la enfermedad de Alzheimer que se encuentran en un estado avanzado; afirma que la música no es sólo un fenómeno estético, sino que está arraigada a la naturaleza humana, que se percibe como algo vivo.

Resulta asombroso ver a individuos mudos, aislados, confundidos, entusiasmarse con la música, reconocerla como algo familiar, y ponerse a cantar, iniciar un vínculo afectivo con el terapeuta. Y aún más asombroso resulta ver a una docena de personas

con demencia profunda todas sumidas en mundos o no mundos propios, aparentemente incapaces de ninguna reacción, por no hablar de ninguna interacción —coherente— responder a la presencia de una terapeuta musical que comienza a hacer música delante de ellos. Se da una repentina tensión: una docena de pares de ojos distraídos se fijan en el intérprete. Los pacientes aletargados pasan a estar alerta y conscientes; y los que están agitados se calman un poco. Que sea posible ganarse la atención de estos pacientes y mantenerla durante unos minutos seguidos ya resulta de por sí extraordinario. Aparte de esto, a menudo existe una implicación específica con la música que se oye (en esos grupos es habitual tocar canciones antiguas que todo el mundo de una edad y un origen comunes habrá conocido). (Sacks, 2009, p. 411).

Sacks muestra que si bien el poder de la música se conoce desde hace miles de años, surge hacia finales de los años cuarenta, el llevar a la práctica una terapia musical en respuesta al gran número de soldados que regresaban de los campos de batalla de la Segunda Guerra Mundial con heridas en la cabeza y lesiones cerebrales traumáticas, o lo que clínicamente se denomina “fatiga de combate” (“estrés postraumático”), gracias a dicha terapia musical, en muchos de estos soldados, se descubrió que su dolor y sufrimiento e incluso algunas de sus reacciones físicas como son, entre otras, la velocidad del pulso y la presión sanguínea, podían mejorar con el apoyo de la música. El ritmo cardíaco y el pulso se aceleran con el aumento de sonido y decrecen con la lentificación del tempo musical.

Es así como el uso de la música para el tratamiento de pacientes con enfermedades neurológicas ha ido en crecimiento, consiguiendo incluso institucionalizarse en varios hogares geriátricos o clínicas. Sacks relata cómo la terapia musical moviliza especialmente a pacientes

con la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer, donde la primera la define como un “trastorno del movimiento” que, cuando es grave, afecta también al flujo de la percepción, el pensamiento y la sensibilidad, y la segunda en la que los pacientes que la padecen pierden ciertas formas de memoria, llegando a producirse una abismal amnesia.

Sacks hace énfasis en la relación de la música con el cerebro, a través de observaciones en sus pacientes referenciadas en los libros, afirma que en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer la música no es una suntuosidad sino una necesidad y que tiene el poder de recuperarlos para sí mismos, para la familia, así sea por un corto período de tiempo. Es así como el objetivo de las terapias musicales en este tipo de población son las emociones, las capacidades cognitivas, los pensamientos y los recuerdos (es decir, el “yo” que sobrevive del paciente), a fin de estimularlos y llevarlos a un primer plano.

Robert Zatorre y Salimpoor (2011), contribuyen con investigaciones sobre los efectos de la música, los resultados fueron publicados en la revista científica *Nature Neuroscience*, explican cómo observaban en los participantes el cerebro mediante la técnica de resonancia magnética conocida como PET, al mismo tiempo que escuchaban las canciones y cómo en cada paciente que estudiaban al oír música se libera un neurotransmisor (dopamina) que produce placer, funcionando como un amplificador de las emociones.

8.2 Marco Teórico

8.2.1 La edad adulta mayor

“Muchos estudian la forma de alargar la vida, cuando lo que hay que hacer es ensancharla”

De Crescendo

Aunque la esperanza de vida de los seres humanos se ha incrementado en las últimas décadas, es un reto para la sociedad actual el adaptarse al hecho de que con el envejecimiento comienzan una serie de procesos de deterioro progresivo tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones. Es decir, se presenta la degeneración progresiva de las células al mismo tiempo que se va perdiendo la capacidad de regeneración de las mismas. Es por ello que al envejecimiento se le asocian muchas enfermedades como: pérdida de la vista (presbicia, miopía, cataratas), pérdida del olfato y la audición, pérdida de masa muscular, pérdida de la plasticidad cerebral (alteraciones cognitivas), enfermedades cardiovasculares (hipertensión), se afectan los huesos y el sistema inmunológico, se presentan ciertos tipos de demencias (seniles, vasculares, enfermedad de Alzheimer) y Parkinson.

En los adultos mayores se manifiesta cierta disminución en actividades cognitivas tales como el tiempo de reacción y la memoria inmediata, para las cuales la mayoría de las personas encuentran modos de compensación. Por otra parte, en dicha población puede mostrarse mayor prudencia en la toma de decisiones, aunque parece declinar la capacidad para resolver nuevos problemas; la inteligencia que está basada en el aprendizaje y la experiencia, tiende a mantenerse o incluso aumentar.

El funcionamiento intelectual en los adultos mayores está marcado por influencias ambientales y culturales. Algunos aspectos de la inteligencia parecen aumentar con la edad, tales como el pensamiento práctico, el conocimiento, las habilidades especializadas y la sabiduría. La vejez exitosa involucra el uso de capacidades especiales para compensar las pérdidas.

Según la teoría psicosocial postulada por Erik Erikson (1983), existen ocho fases de desarrollo que se extienden a lo largo de todo el ciclo vital. Los progresos a través de cada estadio están determinados en parte por los éxitos o por los fracasos que tenga la persona en los estadios anteriores. Cada uno de los estadios se presentará en un momento concreto, con un cierto orden que ha sido determinado por la naturaleza a través de la genética.

Cada uno de ellos comprende ciertas tareas o funciones que son psicosociales por naturaleza. De acuerdo a Erikson (1983, p. 242) los adultos mayores están en la última etapa que corresponde a la de “Integridad yoica vs. Desesperanza”. La tarea primordial aquí es lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza. Esta etapa parece ser la más difícil de todas, la persona se distancia socialmente al sentirse inútil, la gran mayoría sienten que ya terminó su rol de padre y que sus orientaciones o consejos ya no sirven.

Comienzan los temores referentes a la muerte, muchos de sus amigos o parientes van falleciendo, su pareja muere y es inevitable el hecho de reconocer que tarde que temprano llegará su propio turno, situación que hace sentir desesperanzado al adulto mayor.

La trayectoria humana llega a su *última edad*, después de la cual ya no hay otras. La vejez desemboca irremediabilmente y necesariamente en la muerte, con ella un ciclo vital particular se completa, una vida humana se pierde, pero *una biografía perdura* y

perdurará más allá de ese final y a pesar del tiempo. (Ridruejo, Medina & Rubio, 1996, p. 157).

El principal desafío es mantener la creencia de que la vida tiene significado y es valiosa a pesar de la muerte. Ello conlleva sabiduría y aceptación.

8.2.2 La Enfermedad de Alzheimer:

*Hay que haber empezado a perder la memoria,
aunque sea solo a retazos,
para darse cuenta de que esta memoria
es lo que constituye toda nuestra vida.
Una vida sin memoria no sería vida...
Nuestra memoria es nuestra coherencia, nuestra razón,
Nuestra acción, nuestro sentimiento.
Sin ella, no somos nada...*

Luis Buñuel (1900-1983); Mi último suspiro

La demencia tipo Alzheimer fue reportada por primera vez en 1907 por el psiquiatra y neurólogo alemán Alois Alzheimer (1864 - 1915) al documentar el caso Auguste D., mujer de 51 años de edad que se quejaba de mala memoria y desorientación temporal y espacial, con el tiempo manifestaba los síntomas cognitivos clásicos de la demencia, incluida una pérdida del lenguaje y falta de reconocimiento de objetos familiares, lo mismo que una incapacidad para realizar movimientos voluntarios.

Luego de fallecer la mujer en 1907, Alzheimer tuvo la oportunidad de inspeccionar su cerebro; con la ayuda de dos médicos italianos Gaetano Perusini y Francesco Bonfiglio. Alzheimer confirmó sus sospechas de que este tipo de demencia era diferente, lo que encontraron en el cerebro de la paciente fallecida los sorprendió, ya que grandes regiones

del cerebro exhibían una pronunciada atrofia debido a que habían muerto un enorme número de neuronas; además de la atrofia, encontraron que muchas de las neuronas restantes contenían unas peculiares fibrillas gruesas. Encontraron por toda la corteza cerebral depósitos de una sustancia desconocida, gomosa, que formaba placas.

Actualmente existen unos criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el *DSM-IV-TR* que son los que permiten compartir un lenguaje universal ante en diagnóstico de este tipo de demencia:

- A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:
 - 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
 - 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a. **afasia** (alteración del lenguaje)
 - b. **apraxia** (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - c. **agnosia** (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - d. **alteración de la ejecución** (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficits cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
2. Condiciones sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
3. Condiciones inducidas por sustancias psicotrópicas

E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). (2002, p. 176).

Es así como entonces la demencia se define como un síndrome adquirido de alteración intelectual persistente que compromete la función de múltiples esferas de la actividad mental tales como la memoria, el lenguaje, las habilidades viso-espaciales, la emoción o la personalidad y la cognición. Esta enfermedad tiene tres fases:

La *fase inicial* de la enfermedad puede durar unos dos años y en ella suelen aparecer fallos en la memoria reciente, desinterés, humor deprimido, cambios en la personalidad, episodios leves de desorientación y falta de adaptación a situaciones nuevas.

La *fase intermedia* puede desarrollarse durante 3-5 años. El empeoramiento de la memoria es más comprometido y afecta no sólo a la memoria reciente sino también a la remota, emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias; muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida, pueden aparecer síntomas psicóticos. En esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.

En la *fase terminal* (demencia grave) el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra infección intercurrente.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer puede darse con un 90% de certeza si se cuenta con una buena historia clínica, complementada con exámenes paraclínicos y una evaluación neuropsicológica que consiste en una evaluación integral de las funciones de memoria, lenguaje, habilidades atencionales, visuales, constructivas y de pensamiento; esto ayuda a determinar la existencia de alteraciones cognitivas específicas y perfiles de deterioro.

Colombia no es ajena a esta enfermedad; por el contrario, en Antioquia se concentra un alto número de familias (22 extensas genealogías) con más de 5.000 herederos, personas portadoras vivas de una extraña mutación en un gen del cromosoma 14 que provoca una variante de la enfermedad, conocida como *la mutación paisa*, que revela un origen genético de Alzheimer precoz hereditario o de tipo familiar y es “el resultado de un efecto fundador

(que conforma) el conglomerado genético no sólo más grande sino también el más homogéneo genética, fenotípica y socioculturalmente reportado hasta el momento en la literatura médica.” (Lopera, 2002, p.18). Este tipo de Alzheimer se caracteriza por aparecer mucho más temprano y ser más agresivo que el común.

La enfermedad de Alzheimer lleva progresivamente a la incapacidad de las personas para valerse por sí mismas y en sus etapas finales, consigue la muerte de las células cerebrales y el fallecimiento de la personas. En el 2000 la OMS calculó que había 18 millones de casos de Alzheimer en todo el mundo.

Desde el 2004 se han identificado 5 genes de la enfermedad de Alzheimer. Tres de estos genes contribuyen a la aparición temprana de la enfermedad (antes de los 50 años). Sin embargo, rara vez son la causa de la enfermedad. El cuarto gen, llamado ApoE4, aumenta el riesgo del Alzheimer de aparición tardía. El quinto gen se halla en el cromosoma 10 y actualmente es objeto de investigación por parte de varios grupos de científicos. (Dean, 2011, p. 24).

A medida que declinan los síntomas de Alzheimer, acrecienta la necesidad de cuidados más costosos, por lo tanto, muchos médicos investigadores advierten que, para reducir costos, es necesario diagnosticar la condición lo más rápido posible y constituir protocolos de tratamientos que puedan minimizar los síntomas y que busquen optimizar la calidad de vida de los pacientes.

8.2.3 Calidad de vida:

... el empeño del hombre por vivir, por estar en el mundo es inseparable de su empeño en estar bien. Más aún, la vida significa para él no simple estar, sino bienestar, y que sólo siente como necesidades las condiciones objetivas del estar porque éste, a su vez, es supuesto del bienestar. ... El bienestar y no el estar es la necesidad de las necesidades.

(Ortega, 1946, p. 327).

La definición de calidad de vida que la OMS hace en 1994 es: “la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”. Así también como: “no sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental, social, y familiar”. La calidad de vida como objeto de estudio de la Psicología es un factor importante del bienestar humano que está muy articulado con la salud y el desarrollo de habilidades.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos remotos, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Este se ha convertido en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, ya que está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos como es uno de ellos la salud, que defiende la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

La calidad de vida entonces, es un conocimiento que hace referencia a la percepción que tiene una persona de su propio bienestar físico y mental, incluyendo la capacidad de mantener su autonomía, de reducir su dependencia y disfrutar la vida, actualmente considerada como una medida clave en muchos aspectos relacionados con el cuidado de los adultos mayores. Es por ello que la calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (2002) es:

La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (p. 300).

La calidad de vida, al tener un componente subjetivo, se debe observar y analizar en la población seleccionada por medio de las actividades musicales; y en el caso de la población de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, quienes no pueden, por sus propios medios, reflejar adecuadamente el complejo conjunto de sensaciones que condicionan su sentimiento de tener o no tener una buena salud y calidad de vida, es así como se detallarán los cambios observables de comportamiento y de estado de ánimo que se manifiesten durante las actividades musicales por medio del diligenciamiento del diario de campo (Anexo 4) y de la hoja de observación respuestas (Anexo 5), para determinar con ello si las

actividades musicales realizadas tienen o no impacto en su bienestar subjetivo y por ende en su calidad de vida.

El bienestar subjetivo lo define Anguas-Plata como “la percepción de un estado interno y positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable que resulta de la satisfacción de las necesidades elementales y superiores del individuo”. (1997, p. 28: citado por Tánori, 2012, p. 7).

Diener (1984) y Diener y Larsen (1993) también citados por Tánori (2012, p. 13) plantean que el bienestar subjetivo (o felicidad) está conformado por sus componentes esenciales, que son la satisfacción con la vida y el equilibrio afectivo. Esta afirmación hace referencia a la visión e interacción de la persona con el mundo circundante, en donde el juicio es individual en un sentido estricto de valoración, es decir, su experiencia emocional agradable sobre la no agradable; y desde la psicología positiva, es actualmente estudiado tanto en sus componentes; evaluaciones cognitivas y afectivas que las personas realizan entorno a lo que piensan y sienten de sus vidas, como en los procesos de adaptación de las personas a sus experiencias y las influencias culturales sobre el bienestar, es decir, va enfocado a abordar más el concepto de calidad de vida.

La psicología al estudiar el bienestar subjetivo, según afirma Tánori (2012), intenta entender:

Las evaluaciones que la gente hace sobre su propia vida, por ejemplo: la satisfacción con la vida, la satisfacción matrimonial o puede consistir en la frecuencia con la que se experimentan emociones agradables como la alegría, y/o emociones desagradables

como la depresión. Las investigaciones se orientan a entender no solamente estados deseables o indeseables de las personas, sino también las diferencias entre la gente cuando se comparan sus niveles positivos y negativos del bienestar a largo plazo. (p. 8).

8.2.4 La música aplicada a la intervención terapéutica en adultos mayores:

*La música es el más elevado mensaje del sentimiento;
es el arte que convierte la técnica en un regalo al espíritu
para contribuir a que los seres humanos, al admirar la belleza,
sean progresivamente mejores.*

Pablo Casals

A través de la historia, desde la antigüedad eran conocidos los beneficios de la música, esta moviliza emociones, evoca recuerdos, permitiendo además en el adulto mayor con demencias o trastornos neurológicos brindar una mejor calidad de vida al paciente.

El proceso de envejecimiento es universal, irreversible y progresivo; es el resultado de cambios fisiológicos y psicológicos y de las funciones cognitivas o gnosis que se ponen en funcionamiento de todos los sentidos para percibir y reconocer las características de las personas y objetos del entorno. La música colabora en la estimulación de las gnosis (visuales, auditivas, táctiles) origina nuevas conductas adaptativas, incluyendo la creatividad, nuevas habilidades artísticas, asumir nuevos roles, y debido a que por ser una actividad que frecuentemente se realiza en grupo, contribuye a la integración social.

Es por ello que se ha venido proyectando en el trabajo comunitario como tratamiento terapéutico no farmacológico y se ha llevado a la práctica en muchos centros, no sólo psiquiátricos, sino también gerontológicos, como lo han venido haciendo, por ejemplo, las psicólogas españolas Patricia Martí y Melissa Marcadal quienes afirman que “La música, además de ser un recurso de ayuda para cambiar la conducta de las personas, ofrece una base para las actividades sociales, motiva al individuo a interactuar y estimula la comunicación verbal y no verbal” (2008, p. 17). Razón por la cual hoy en día la música al ser un lenguaje preverbal, prelógico y emocional es utilizada en diferentes poblaciones para movilizar áreas cognitivas, emocionales y sociales, siendo una manera de liberar la subjetividad en cada individuo facilitando la expresión de sensaciones, conflictos y emociones, pudiendo calificarse no como conversaciones sino más bien como juegos creativos donde se explora el interior dándole significado a lo no expresado verbalmente.

La música es, entonces, una forma simbólica inconclusa que le permite al ser humano ver plasmados en ella sus estados de ánimo, además de expresar sus sentimientos de una forma más beneficiosa. Como lo indican Castro y Sánchez (2010): “La música se convertirá en el arte de la subjetividad por excelencia; más allá de la pura expresividad, el sujeto musical puede ser individualmente consciente del efecto que la música provoca en sí mismo” (p. 37).

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrolladas y estimuladas a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está

tan avanzado. En este período de declive existe una capacidad de aprendizaje notoria en los cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias.

Como nos indica el neurólogo y escritor Oliver Sacks (2009):

La reacción a la música se mantiene, aun cuando la demencia esté muy avanzada.

Pero el papel de la música aplicada a personas con demencia es muy distinto del que juega en pacientes con trastornos motores o del habla. La música que ayuda a los pacientes parkinsonianos, por ejemplo, posee un fuerte carácter rítmico, pero no precisa resultar familiar o evocativa.

[...] El objetivo de la terapia musical aplicada en los individuos con demencia es mucho más amplio que todo esto: su objetivo son las emociones, las capacidades cognitivas, los pensamientos y los recuerdos, el “yo” que sobrevive del paciente, a fin de estimularlos y llevarlos a un primer plano. (pp. 403-404).

La música entonces, trae beneficios en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer tanto al escuchar como al hacer música, los beneficios van desde mejorar sus estados de ánimo, reducir la deambulación, hasta avivar los recuerdos; debido esto a que se puede estimular partes del cerebro ayudando a evitar o retardar el deterioro de las mismas.

Es así como cada vez son más conocidas las cualidades que el hombre puede desarrollar a través de la música con técnicas y actividades tan concretas como la audición musical, la improvisación instrumental y el canto colectivo, la utilización del cuerpo acompañado del sonido como recurso expresivo y comunicativo, etc. Todas y cada una de estas actividades,

se centran en técnicas de apoyo y desarrollo integral muy favorables para el mantenimiento y trabajo en la enfermedad de Alzheimer, ya que como se sabe, son muchos y variados los parámetros que interactúan en el hombre a través de sonido, del silencio, del cuerpo, de la voz como medio de expresión y agente facilitador de la palabra o el canto, etc. Dice Sacks (2009):

Oír una música conocida actúa como una especie de mnemotecnica proustiana, suscitando emociones y asociaciones olvidadas desde hace mucho tiempo, lo que le permite a los pacientes a acceder a estados de ánimos y recuerdos, pensamientos y mundos que parecían haberse perdido del todo. En las caras se dibuja una expresión a medida que se reconoce la música y se experimenta su poder emocional. (p. 412).

Las investigaciones científicas consultadas, sobre terapias no farmacológicas como es la música aplicada en pacientes con enfermedad de Alzheimer se correlaciona con la práctica clínica vivenciada con esta población arrojando algunos beneficios:

- Optimiza los niveles de bienestar subjetivo.
- Disminuye los sentimientos de soledad.
- Mejora el estado de ánimo y la motivación interna.
- Aumenta la autoeficacia social percibida.
- Amplía los niveles de satisfacción vital.
- Mejora las habilidades comunicativas.
- Potencia la percepción sensorial.
- Ejercita las habilidades cognitivas.

- Incrementa la autoestima.
- Mejora el mantenimiento de hábitos saludables.
- Disminuye significativamente los niveles de enfermedad y depresión.
- Facilita la adaptación al entorno.

Es así entonces como el interés en la búsqueda de un instrumento capaz de favorecer la aplicación de terapias rehabilitadoras y de facilitar la tarea de los profesionales de las instituciones donde internalizan el adulto mayor, está conduciendo a los investigadores y a los profesionales de la salud pública, a implementar programas terapéuticos en el campo no farmacológico dirigido a personas con enfermedad de Alzheimer y a la rehabilitación de déficits cognitivos particulares, apoyadas en la presencia de la neuroplasticidad cerebral, basada en la neuropsicología cognitiva y en el estadio bio-psico-social de la persona con el fin de paliar y/o ralentizar el proceso clínico – evolutivo, a corto y medio plazo.

8.2.5 Terapias no farmacológicas:

El concepto de terapias no farmacológicas se viene utilizando desde hace varias décadas, orientándose a intervenciones que, a través de terapias no químicas, intentan mejorar la calidad de vida de las personas. La investigación biomédica sobre las enfermedades neurodegenerativas, su diagnóstico y sus tratamientos en el acercamiento terapéutico en la enfermedad de Alzheimer, ha ofrecido avances indiscutibles en el ámbito de la salud, logrando hasta ahora una doble vertiente: primero, es evidente el uso de los procedimientos farmacológicos de carácter sintomático, paliativo, sustitutivo, multifactorial, y

etiopatogénico, pero esta atención basada estrictamente en una perspectiva biomédica no causa el bienestar, ni la calidad de vida que esperan los pacientes. Segundo, es necesario un abordaje terapéutico multidimensional, que integre terapias no farmacológicas con finalidades terapéuticas, y así conocer y tener en cuenta la experiencia subjetiva de la persona.

La importancia y efectividad de las terapias no farmacológicas, sería la complementariedad del tratamiento farmacológico y estriba en que entiende al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito influye positivamente en su dignidad y calidad de vida.

Es así como las necesidades de los adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, llevan a las terapias no farmacológicas a perseguir objetivos neuropsicológicos, en cuanto a mejorar y/o ralentizar el deterioro cognitivo a corto y mediano plazo, y psicoterapéuticos: en cuanto a la estimulación de las funciones cognitivas, emocionales, conductuales y motrices, para dar la posibilidad de optimizar las actividades de la vida cotidiana, y contribuir a mejorar calidad de vida.

9. Método

9.1 Tipo de Estudio:

En relación con este apartado, es importante el escribir de entrada, cuales fueron nuestras premisas de carácter epistemológico, que nos sirvieron de fundamento en la construcción de conocimiento:

La importancia de la intersubjetividad: Los acuerdos y desacuerdos intersubjetivos son los que crean y construyen el conocimiento, que se dan día a día en la cotidianidad de unas personas residentes en una institución en interacción con otros.

El papel del lenguaje: Tiene un papel más de construcción que de representación, adquieren importancia las creencias, los sentidos y los significados intersubjetivos que allí se revelan o emanan. Aunque más que el lenguaje por sí solo, es la conversación entre los diversos participantes.

La pluralidad metodológica y teórica: No existe un solo método o procedimiento único para construir el conocimiento científico, existen varios procedimientos y todos ellos son válidos. La discusión se traslada al campo de la epistemología: ¿qué noción de realidad decide el investigador adoptar? En el caso de la presente investigación, la realidad es construida en la interacción, en la intersubjetividad y en lo que respecta a la teoría, las investigadoras y el asesor entran en diálogo y en discusión con ella y consideran las diversas variaciones teóricas que existan en relación al tema de la enfermedad de Alzheimer, la música como terapias no farmacológicas y la calidad de vida.

La ciencia como producto y construcción humana: No separamos al sujeto que investiga, del objeto del conocimiento y su “representación”. El saber científico es equiparable al saber popular, en el sentido en que ambos son una producción colectiva humana y con influencias políticas, sociales e históricas. Esto conlleva además a reevaluar la “neutralidad” de las ciencias.

El rompimiento de los dualismos: No se hace separaciones como las de mente y cuerpo, adentro y afuera, el individuo y la sociedad, ya que ambos se contienen. Además en las Ciencias Sociales y Humanas el conocedor y lo que se va a conocer son de la misma naturaleza.

El papel de la historia y del contexto cultural: El conocimiento como construcción no es ajeno al momento histórico y social en el cual se está produciendo.

La presente investigación se fundamenta en el enfoque denominado interpretativo, ya que se busca la comprensión de los efectos terapéuticos de las actividades musicales en la calidad de vida entre adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer y se rescata la experiencia intersubjetiva de los colaboradores de este estudio.

No hay que olvidar que los(as) participantes también interpretan sus experiencias, en este caso, no solamente de los adultos mayores, también por parte de las investigadoras, los cuidadores y las familias. Según la propuesta realizada por Guba y Lincoln (2000, p. 124), dentro del enfoque interpretativo, se encuentra el constructivismo. El presente trabajo se moverá dentro de este, se muestra en la tabla siguiente su ontología, epistemología y metodología.

Tabla 1*Constructivismo*

CATEGORÍA	CONSTRUCTIVISMO
Ontología	Relativismo: realidades construidas local/específicamente.
Epistemología	Transaccional/intersubjetiva: los hallazgos son obras creadas.
Metodología	Hermenéutica/dialéctica

Nota fuente: Guba y Lincoln (2000, p. 124).

En cuanto al relativismo, este tiene relación con lo siguiente: si bien es cierto es un grupo de personas que tiene características similares, también poseen unas diferencias como es el nivel de avance de la enfermedad, la actitud con que se asume, la atención recibida por la familia, que tan bien o no se siente la persona institucionalizada, el esmero por parte de los cuidadores, entre otros, ahora bien, es de señalar, que las categorías mencionadas su valoración es cambiante y algunas veces será susceptible de indagar, pero otras veces no. En cuanto a lo transaccional y lo intersubjetivo, esto refiere a que hay varios actores y actrices en escena, es decir, la calidad de vida, no se construyen solamente por una persona, se construyen en la vivencia, en la relación.

Al decir que el trabajo se aborda desde la perspectiva constructivista, es debido a que el concepto de calidad de vida, se concibe dentro de un marco, histórico, político, social y económico, en el que los sujetos viven, se mueven, sienten, piensan y se relacionan con otros. Este estudio, se centrará en la realidad local de un grupo de adultos mayores diagnosticados

con la enfermedad de Alzheimer, que residen en una institución y allí viven y comparten con otros ancianos, los profesionales de la institución más la presencia o ausencia de sus familias, es en este marco del cual emerge su calidad de vida.

9.2 Diseño

La escogencia de un diseño general de tipo cualitativo obedece a la naturaleza del objeto de estudio o de conocimiento que se pretende construir, que es la calidad de vida, donde priman las vivencias de la enfermedad, la residencia, el tratamiento y la interacción con los otros. En relación al abordaje cualitativo, González (2000) escribe: “La definición de nuestro objeto de estudio en términos cualitativos está asociada a su naturaleza ontológica, al definirse en términos de sentidos subjetivos y procesos de significación” (p. 31).

En lo que refiere al diseño general, la hermenéutica, como una actitud que mantienen las investigadoras durante todo el estudio siendo la base de la construcción del conocimiento. Además, se toman las vivencias, actitudes, conductas, expresiones emocionales, las cuales se convierten en textos para ser leídos, y a su vez, se constituyen en los indicadores de calidad de vida.

Sobre la hermenéutica, Sandoval, plantea que aparece como una opción que no se agota exclusivamente en su dimensión filosófica sino que trasciende a una propuesta metodológica en la cual la comprensión de la realidad social se asume bajo la metáfora de un texto, el cual es susceptible de ser interpretado mediante el empleo de caminos metodológicos con

características muy propias que la hacen distinta a otras alternativas de investigación (1996, p. 67).

En lo que respecta a las estrategias de investigación, se tuvieron en cuenta, la observación participante de las actividades de la vida cotidiana (terapias no farmacológicas), el estudio cualitativo de casos (cuestionarios de preferencias musicales, diarios de campo, hoja de observación respuestas), e igualmente, utilizamos el estudio documental de aquellos textos que aportan información sobre la historia de los(as) participantes (anamnesis).

9.3 Población:

El tamaño de la población es igual a la muestra, la cual está compuesto por 6 pacientes diagnosticados con Alzheimer pertenecientes al Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios “*Caminos de la Vida*” de la ciudad de Medellín.

9.3.1 Muestra:

El tamaño de la población es igual a la muestra, la cual está compuesto por 6 pacientes diagnosticados con Alzheimer pertenecientes al Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios “*Caminos de la Vida*” de la ciudad de Medellín.

9.4 Técnicas de recolección:

La información se recolectará y organizará por medio de los siguientes instrumentos:

- Anamnesis de cada uno de los pacientes (Anexo 2).
- Cuestionario de preferencias musicales (Anexo 3) el cual debe ser completado por el paciente mismo o por parte de un familiar o cuidador.
- Diario de campo (Anexo 4) el cual debe ser llevado por cada una de las practicantes profesionales implicadas en la labor y sistematizado integrando ambas documentaciones.
- Hoja de observación respuestas (Anexo 5) la cual se debe diligenciar para todos y cada uno de los participantes.
- Fotografías de las actividades (Foto-historia).

Los protocolos de los instrumentos de recolección de datos permiten describir, construir y sistematizar la experiencia vivida durante todas las actividades musicales por cada uno de los pacientes, de allí se entra a una fase de interpretación y análisis, permitiendo reconstruir y recontextualizar los acontecimientos, suscribiéndose a datos muy precisos, dando un sentido al fenómeno y aportando teoría a nuestra práctica.

9.5 Estrategia de intervención.

La práctica profesional, se inicia con un acercamiento a la institución, "*Caminos de la vida*" teniendo un primer encuentro con la administradora y las cuidadoras de los adultos mayores institucionalizados, con el fin de dar a conocer una propuesta de un programa de atención e intervención psicoterapéutica integral e interdisciplinar con pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer para observar cómo a través de terapias no farmacológicas, y mediante la utilización de actividades musicales y artísticas, se lograría

contribuir a mejorar la calidad de vida de cada paciente.

La propuesta es aceptada por la institución, dando la facultad para continuar con el proceso de práctica. Se procede a iniciar con el consentimiento informado (Anexo 1), con el fin de brindar seguridad a la institución, de acuerdo a lo que dice la ley 1090 del 2006, como practicantes de psicología se debe ser responsable de los procedimientos de intervención y se debe mantener una obligación básica con respecto a la confidencialidad de la información que se recolecte (historias clínicas, fotografías y grabaciones) de los adultos mayores que participen en los talleres y que será utilizada solo con fines investigativos.

En la primera sesión se realizan dos encuentros: el primero es abordar al paciente o enfermera/cuidador con el fin de que brinden la información para diligenciar la anamnesis de los pacientes (Anexo 2), y el segundo se realizó con cada paciente una aplicación de un cuestionario de preferencias musicales (Anexo 3), siendo diligenciado por cada uno de ellos o en su defecto por un familiar o cuidador. El cuestionario brindó la posibilidad de conocer la música que más le agradaba a cada uno, y teniendo el repertorio musical específico se pudo trabajar a lo largo de todas y cada una de las actividades musicales y artísticas realizadas durante los semestres de práctica investigativa y profesional, constituyendo un todo, cada una de las experiencias musicales benefició en la interacción intra e interpersonal de los pacientes.

En la medida en que se realizaba cada sesión de intervención psicoterapéutica de actividades musicales, cada practicante registraba un diario de campo (Anexo 4) relacionando lo observado en cada paciente y luego se sistematizó integrando la información documentada de ambas practicantes. Además de documentar las experiencias musicales en diarios de campo se realiza una hoja de observación de respuestas (Anexo 5) para analizar desde lo

observado y desde los referentes investigados todas las actividades musicales con el fin de llevar un control de los datos que sirvió de patrón de medida frente a los impactos en la calidad de vida que el paciente se provocó o generó durante la sesión.

9.6 Procedimiento

Es de tener en cuenta, que en todo el proceso, como investigadores mantenemos una actitud hermenéutica, desde la formulación del proyecto hasta la publicación de los resultados. En el proceso hermenéutico, se siguen tres fases las cuales son:

Fase de descripción: Esta fase tiene como punto de partida una serie de interrogantes generales, estos orientan las primeras aproximaciones al grupo humano, a las prácticas, a los textos sociales, dando las pautas para la definición de la estrategia de trabajo (Alvarado, 1992: citado por Lopera, et Al, 1993, p. 273). Tiene relación con las preguntas que se han hecho en este estudio, y que orientan la producción de conocimiento.

Fase de interpretación: Aquí llevamos a cabo el proceso que permite la reconstrucción teórica y la recontextualización del fenómeno. Hay una búsqueda permanente de relaciones que pueden ser expresadas en hipótesis cualitativas, se plantean relaciones entre tendencias identificadas, entre categorías, entre los propios argumentos descriptivos, entre éstos y la totalidad social y cultural (Alvarado, 1992: citado por Lopera, et Al, 1993, pp. 275 - 276). Aquí se puede hacer un puente con las categorías deductivas iniciales y las propiedades de esas categorías que se desarrollan en el transcurso de la investigación.

Fase de constitución de sentido y de construcción teórica: Se concluye el ciclo con una mirada sobre el fenómeno, que explicita un argumento de sentido y una comprensión global. Esta mirada es paradigmática al referirse a las múltiples relaciones que expresan una manera particular y valorativa de mirar el fenómeno, es semántica, en cuanto remite al problema de la construcción de los significados globales y es pragmática, al vincular de manera simultánea los anteriores elementos (Alvarado, 1992: citado por Lopera, et Al, 1993, pp. 276 - 277). A este punto es al que se llega en el estudio después de que se ha alcanzado la saturación de las categorías, se han entrevistado a diversos actores, se ha hecho conexiones y relaciones entre categorías, entre otros.

Consentimiento informado (Anexo 1): A las directivas de la institución de atención a los adultos mayores se les pide su autorización y consentimiento para realizar la investigación, y de igual manera a los colaboradores del estudio, siendo estos las personas encargadas de cuidar a los mayores y las familias de estos, además en la difusión de los resultados de la investigación como serían artículos y ponencias se utilizarán seudónimos para conservar la confidencialidad en la identidad y el anonimato de las personas adultas que nos colaboraron.

Como herramienta informática de soporte para el acercamiento previo al campo se utilizamos el programa de Microsoft Excel, que de igual manera, fue utilizado en un segundo momento del trabajo de campo y después de haber realizado los ajustes, las categorizaciones y codificaciones iniciales.

10. Resultados

Con base en la primera sesión con cada paciente en la cual se realizó el protocolo en dos momentos: el primero se diligencia la anamnesis (Anexo 2) con el fin de conocer su historia de vida, evolución de la enfermedad y factores emocionales, y en un segundo momento se realiza el cuestionario de preferencias musicales (Anexo 3), que sirvieron de base para las sesenta y cuatro actividades musicales y lúdicas realizadas de manera individual. En primera instancia se logra observar que de seis adultos mayores que componen la población solo dos pacientes pudieron responder la encuesta de manera personal (Mt y Cr, quienes aún son relativamente autónomos), de las otras cuatro pacientes (C, B, E y M, no autónomas), las encuestas fueron elaboradas por la familia y/o las cuidadoras profesionales.

Teniendo en cuenta que la música es un objeto trascendente, movilizante, cargado de significados y sirviéndonos de que la población estudiada pertenece relativamente a la misma época en edad cronológica, las características de vínculo que establecen con la música, es decir su identidad sonora-musical y determinando que cada obra musical presenta características concretas que ejercen determinado efecto sobre la persona, se concluye que en primer lugar está la preferencia por los boleros, valeses y tangos, continuando con la música clásica, y un solo integrante se inclina por la música ranchera, porros, cumbias y romántica. En las sesiones se experimentó que aunque estaban movidos por una misma pasión “la música”, cada uno actuó en su propia medida y en su propio nivel, además este estímulo sonoro producía en cada persona reacciones impredecibles de acuerdo a su historia de vida, estado emocional, y necesidades momentáneas.

A través de las sesiones realizadas, la experiencia musical brindó aceptación, atención, y participación activa de cada uno de los pacientes; se evidenció una predisposición positiva hacia la música, porque además de generar y evocar en ellos sentimientos, recuerdos y emociones, estas sensaciones logran capacidad de interconectarse y relacionarse con los otros pacientes, manifestaban que “son canciones que les trae recuerdos de su infancia y juventud”, este acercamiento entre los participantes, aumenta su sentimiento de pertenencia al grupo, mejorando así su dignidad y su calidad de vida.

Después de terminada cada sesión, se continúa con la ejecución de los protocolos del diario de campo (Anexo 4) y de la hoja de observación respuestas (Anexo 5), que permiten describir, reconstruir y recontextualizar los acontecimientos de las experiencias musicales, suscribiendo datos precisos de ambas practicantes para ser sistematizados dando sentido al fenómeno, herramienta que logra identificar los siguientes resultados:

En el caso de las pacientes no autónomas, cuando se les coloca la música de su preferencia encontramos de manera reiterativa que en tres de las cuatro pacientes (E, M y C), se percibe un cambio en su contexto no-verbal, en su fisionomía (ver fotografías 1 y 2), ellas están más despiertas y más atentas a lo que ocurre a su alrededor. Esta dinámica configura códigos, mensajes y el lenguaje no verbal, que impactan y estimulan permitiendo que ellas reconozcan el mundo que las rodea e inclusive al otro ser humano con el que están teniendo la comunicación. Cuando a estas pacientes se les pone la música de su preferencia se observa en estos elementos que los configuran (códigos, mensajes y lenguaje no verbal) que se puede reconocer sus expresiones musicales, corporales, gestuales.



Fotografía 1



Fotografía 2

Por ejemplo E, quien tiene aún preservadas ciertas habilidades físicas y mentales, participa activamente dentro de sus posibilidades en todas las actividades musicales cantando y aplaudiendo al ritmo de la música (ver fotografía 3).

Pero en el otro extremo encontramos a B, quien debido al estado tan avanzado de su enfermedad, en la mayoría de las actividades no reacciona a los estímulos musicales (ver fotografía 4), raramente abre sus ojos ante algún sonido fuerte como por ejemplo el de los tambores.



Fotografía 3



Fotografía 4

Estas nuevas experiencias musicales en cada paciente favorecen las percepciones de nuevos estímulos sonoros musicales, esto constituirá un lenguaje no verbal que es el medio de comunicación de los pacientes no autónomos. Y como dijera el Dr. Rolando Benenzon uno de los pioneros en el estudio de la musicoterapia, en el XII Congreso Mundial de Musicoterapia “*Música, Cultura, Sonido y Salud*” (2008), la musicoterapia es el arte de armonizar silencios y pausas para permitir la comunicación y la instauración de los vínculos.

En el caso de los pacientes autónomos (Mt y Cr), es importante resaltar cómo ellos reaccionan al escuchar la música de su preferencia y al realizar las actividades lúdicas que la acompañan, con las cuales se movilizan sus emociones, se incrementa la facilidad para evocar

los recuerdos y se estimulan tanto sus habilidades cognitivas, como la utilización de sus cuerpos como recurso expresivo y comunicativo, porque el hecho de conectarse con la música nos permitió observar en cada adulto mayor las manifestaciones del reencuentro con su propia historia y manifestaciones de emocionalidad placentera como las sonrisas en sus rostros, lo que se vio reflejado en una notable mejoría en la comunicación de cada uno con las personas a su alrededor, tanto compañeros, como personal cuidador y familiares.

En la mayoría de las actividades, los dos pacientes autónomos participaron activamente, especialmente en las que implicaba cantar y bailar, manifestaban verbalmente que se sentían muy bien porque la música les traían recuerdos muy gratos de su juventud. En el caso de Mt aunque inicialmente no se vinculaba de inmediato a las actividades, luego de unos minutos se sentaba voluntariamente a participar y se le notaba que lo disfrutaba. Ella siempre manifestaba que no sabía hacer nada pero participaba y hacía las cosas según las instrucciones.

En cuanto a las áreas cognitiva, motriz, socioemocional y conductual se observaron, a lo largo de las actividades musicales, los siguientes resultados:

- Fortalecimiento de los niveles de atención, concentración y evocación, logrado esto mediante las actividades musicales realizadas para la estimulación de las funciones cognitivas. (ver fotografía 5).



Fotografía 5

- Fortalecimiento de su motricidad fina mediante la realización de actividades de estimulación en las gnosias (táctil, visual, auditiva). (ver fotografía 6).



Fotografía 6

- Mejoramiento de la movilidad y agilidad, así como la estimulación de la percepción sensorial, mediante las actividades realizadas de baile, movimiento y tocar instrumentos musicales. (ver fotografía 7).



Fotografía 7

- Los dos pacientes autónomos (Mt y Cr) y una de los no autónomos (E) mejoraron notablemente su expresividad emocional, lo que permitió potenciar el contacto socio-afectivo y la comunicación, mejorando esto su estado de ánimo, su motivación interna y por consiguiente su calidad de vida.

Todos los pacientes, tanto autónomos como no autónomos, en unas actividades respondían mucho mejor que en otras, por ejemplo, en las actividades que implicaban escuchar música

clásica o ambiental, se observaba reiterativamente un cambio en su comportamiento, éste era más relajado y tranquilo, se reducía la deambulación (en M específicamente), lo que favorecía la relación con las cuidadoras, quienes expresaban continuamente que “ojalá los pacientes estuvieran así de tranquilos siempre, ya que así era más fácil y rápido atenderlos”, se observó entonces que con este tipo de actividades se favorecía notablemente la relación, derivando esto en una mejor atención, un trato más relajado y amable, lo que ayudó a incrementar la calidad de vida tanto de los pacientes como de las cuidadoras.

11. Análisis y discusión de los resultados

La música es un recurso terapéutico que permite desarrollar actividades que buscan fortalecer las funciones cognitivas deterioradas en esta población, su uso ha ido evolucionando con el tiempo y gracias a varios estudios realizados especialmente en España, México y Estados Unidos, (AFACO, 2006; Mercadal y Martí, 2008; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009; Sacks, 2009; entre otros), se cuenta actualmente con muchas más fuentes de información y de consulta. Es así como, por medio de la música, se pretende en los adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer una influencia y movilización a nivel fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual. Y contrastando lo que se encontró al analizar los resultados con lo que dice el escritor neurólogo Sacks (2009):

Oír una música conocida actúa como una especie de mnemotecnica proustiana, suscitando emociones y asociaciones olvidadas desde hace mucho tiempo, lo que le permite a los pacientes a acceder a estados de ánimos y recuerdos, pensamientos y mundos que parecían haberse perdido del todo. En las caras se dibuja una expresión a medida que se reconoce la música y se experimenta su poder emocional. (p. 412).

Se logra a través de las actividades musicales, estimular la memoria remota y reciente en los pacientes autónomos, estos comienzan a hablar de las actividades que más les gustaba hacer cuando estaban jóvenes, y aunque la evocación en algunas de las actividades no se presenta de manera inmediata, se logra a través de las repeticiones mejorar en ese aspecto, se consigue

además sostener la atención y la concentración, se estimulan las gnosias auditivas por medio de las canciones y de las repeticiones así como las praxias ideo-motoras.

Podemos también contrastar lo observado en las actividades musicales realizadas, las cuales fueron planeadas teniendo en cuenta las preferencias musicales de los adultos mayores, con lo que afirman los escritores Gonzales y Nahoul (2008) con respecto a que:

Cada persona sabe qué tipo de música la pone contenta o triste, cuál la motiva y la lleva a actuar por su propio bien y el de los demás. Es ésta la zona consciente del escuchar, escribir, tocar música. Pero existe otra zona inconsciente en la que no se sabe qué efecto produce determinado tipo de música en sí misma debido a la historia de cada quien.

Es como si la música tuviera un objetivo, por un lado, ordenar los sonidos del mundo y, por el otro, lograr que ese ordenamiento sea en sí mismo motivo de felicidad, gozo, alegría, expansión y libertad emocional, pues muchas veces motiva y da sentido a la personalidad del sujeto llevándolo a su plenitud. (p 72).

Se logró adicionalmente, por medio de las actividades un acercamiento entre los participantes del grupo, disminuyendo con esto el sentimiento de no ser tenidos en cuenta, siendo la música una herramienta que nos ayuda a vincular y tejer lazos afectivos y de comunicación entre los pacientes, favoreciendo esto a que cada día se motiven a participar en las actividades. La música es una salida del aislamiento que viven los pacientes, ellos al escucharla se movilizan, se conmueven y evocan. Por tal razón la música en estos pacientes es

lenguaje y comunicación, es una herramienta que estimula el compartir sus emociones pensamientos y recuerdos.

Es así como la interacción a nivel verbal con los compañeros al cantar las canciones, y en algunas ocasiones al bailarlas, facilitó la expresión de los sentimientos, evidenciado esto en las historias recordadas y contadas en público por parte de varios participantes. La música, en tanto lenguaje no verbal comunica a través del cuerpo y como afirma Sacks (2009): “Cuando cantamos juntos establecemos un vínculo, compartimos los afectos específicos y las conexiones de la canción; pero el vínculo es más profundo, más primario, si bailamos juntos, si coordinamos nuestros cuerpos y no solo nuestras voces”. (p. 413).

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrolladas y estimuladas a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado de la enfermedad, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado. En este período de declive existe una capacidad de aprendizaje notoria en los cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias. Esto se pudo corroborar en la respuesta observada de los pacientes (Mt, Cr y E) quienes están en unos estadios no muy profundos de la enfermedad y se presentaron mejores resultados a las actividades realizadas.

Se pueden contrastar los resultados encontrados en este estudio, con los resultados logrados por medio de las terapias con música, por ejemplo, en el coro español integrado por 35 adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer llamado “*Las voces de la memoria*”.

Cada uno sus miembros acuden a diario al Centro de Día de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (AFAV) donde, entre muchas otras actividades recreativas y lúdicas, participan en sesiones de musicoterapia dirigidas por Salvador Fito (musicoterapeuta y director del coro), y una profesora de música. Los conciertos dados ya a nivel internacional de canciones populares, han sido el resultado de esta terapia y del enorme esfuerzo de muchas personas (adultos mayores, familias, voluntarios y profesionales) y es una muestra de la gran capacidad terapéutica que ofrece la música a las personas, ya que encuentran en ella una gran aliada para recuperar sus recuerdos y sus estados de ánimo. Devolviéndoles su dignidad y la de sus familias, y brindándoles una mejor calidad de vida. Se puede ampliar la información sobre el coro en la siguiente dirección de internet: <http://vocesdelamemoria.rtve.es/>

Es importante también resaltar los resultados conseguidos en los Estados Unidos por el trabajador social Dan Cohen, quien descubrió por casualidad los efectos positivos de la música en pacientes con Demencia Senil y Alzheimer avanzado, cuando con un grupo de adultos mayores con los que trabajaba, le colocó un iPod a cada uno con la música de su preferencia en la juventud y “Era como si de repente despertaran y, lo mejor, que los efectos duran después de quitarles los audífonos”, explicó Cohen en el documental ‘Alive Inside’ (“Vivo en el interior”) del cual se puede observar una parte en las siguientes direcciones de internet:

<http://vimeo.com/46701086> o <http://www.kickstarter.com/projects/1406732546/alive-inside-a-story-of-music-and-memory>

Cohen se dio cuenta que cuando los adultos mayores con demencias oían la música de su juventud, mostraban mejorías en cuanto a su conducta, comenzaban a tararear y cantar las canciones y poco a poco comenzaban a interactuar con quienes los rodean.

12. Conclusiones

- Por medio de la aplicación del cuestionario de preferencias musicales (anexo 3) a cada uno de los adultos mayores que componen la población seleccionada, se logró identificar el tipo de repertorio musical preferido, develando con ello su identidad sonora-musical y determinando que cada obra musical presenta características concretas que ejercen determinado efecto sobre la persona, se concluye que en cuanto a preferencias musicales en primer lugar se encuentran los boleros, valeses y tangos, continuando con la música clásica, y un solo integrante se inclina por la música ranchera, porros, cumbias y romántica. Es interesante observar como al escuchar su música preferida, en el rostro de los pacientes se va presentando un cambio a medida que van reconociendo las canciones y van llegando a su memoria los recuerdos que se creían olvidados.
- Por medio del diligenciamiento del diario de campo (anexo 4) y de la hoja de observación respuestas (anexo 5), se logró detallar y analizar el impacto que tuvieron las actividades musicales realizadas en la calidad de vida de los participantes y podemos decir que cada vez son más conocidas las cualidades que el hombre puede desarrollar a través de la música con técnicas y actividades tan concretas como por ejemplo, la improvisación instrumental y la utilización del cuerpo acompañado del sonido como recurso expresivo y comunicativo. Todas y cada una de las actividades realizadas, se centran en técnicas de apoyo y desarrollo integral muy favorables para el mantenimiento y trabajo en la enfermedad de Alzheimer, ya que como se sabe, son muchos y variados los parámetros que interactúan en el hombre a través de sonido, del silencio, del cuerpo, de la voz como

medio de expresión y agente facilitador de la palabra. Es así como la música se ha ido convirtiendo en un instrumento valioso para facilitar la socialización de los individuos, evocar sus recuerdos y musicalizar sus sentimientos, ayudando esto a ir tejiendo lazos afectivos e ir mejorando la calidad de vida de los participantes.

- A pesar de que las personas con la enfermedad de Alzheimer se van deteriorando cognitivamente, a través de la música se logran estímulos por medio del cuerpo, la voz, el canto, logrando mantener o mejorar las capacidades cognitivas, sociales, físicas y emocionales. La música es parte esencial de las vidas de las personas pues las acompaña en ciertos momentos importantes y queda grabada en su memoria, hace revivir situaciones como si ocurrieran nuevamente. Por sus efectos fisiológicos, afectivos y emocionales se utiliza terapéuticamente como apertura de los canales de comunicación y expresión.
- Podemos concluir entonces que los efectos que la música tiene en la calidad de vida de los pacientes se pueden observar como una serie de manifestaciones presentadas en términos de expresión de emociones como la alegría, al evocar recuerdos gratos. Es decir, el hecho de conectarse con la música nos permite observar en cada adulto mayor las manifestaciones del reencuentro con su propia historia, manifestaciones de emocionalidad placentera y mejoría en la comunicación el trato con sus compañeros alrededor. Es por ello que las actividades musicales, no solo sirven como forma de expresión, sino que al utilizarse como instrumento terapéutico y lúdico, se consigue mejorar tanto la capacidad de evocación, como la capacidad de participación y acercamiento entre los adultos mayores,

disminuyendo los sentimientos de soledad, incrementando los niveles de satisfacción vital y optimizando su calidad de vida.

13. Limitaciones o dificultades

Dentro de las dificultades para realizar la práctica, la de mayor impacto ha sido el factor económico, porque algunas de las actividades musicales que se han querido realizar, demandan una inversión económica elevada, como por ejemplo, llevar un cantante o músico profesional a la institución con mayor frecuencia, actividad que impacta directamente el estado de ánimo de todos los participantes y fomenta en ellos la integración grupal.

A lo largo de los semestres de práctica, la institución no contó con espacios adecuados que permitieran el desarrollo de las terapias no farmacológicas, espacios que propicien una mayor concentración al momento de realizar las actividades musicales y artísticas, y que logren un ambiente de intimidad que facilite la expresión cognitiva y afectiva de los adultos mayores con total tranquilidad.

14. Recomendaciones

En el adulto mayor en su proceso de internalización surgen factores de impacto relevantes, es por ello que resulta vital el acompañamiento de la familia, ella contribuye a que dicha población pueda paliar mejor sus síntomas y que se sientan aun pertenecientes a una sociedad, que no se les segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Es de entender que la familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y en sus roles cuando uno de sus miembros envejecidos presenta algún sufrimiento, sobre todo si éste lo limita, es decir, si hay una pérdida de autonomía del adulto mayor para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del acompañamiento de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Habitualmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor, acrecienta la tensión de los miembros de la familia y se hace más difícil el trabajo del cuidado por lo cual optan por internalizar al adulto mayor en una institución como lo es “*Caminos de la Vida*”.

Se recomienda a la institución de cuidados intermedios “*Caminos de la Vida*”, fortalecer el acompañamiento de la familia y lograr incluir en el plan de actividades de la institución técnicas y metodologías de intervención no farmacológica con mayor frecuencia, lo que permitirá formar un mejor vínculo con los adultos mayores, esto no sólo incluye un estilo propio de atender las necesidades básicas, sino además de ello, compartir momentos diferentes a su diario vivir, como son los espacios artísticos y lúdicos, que ayuden a anclar procesos en ellos y que eviten que su vida se vuelva rutinaria.

Se recomienda, adicionalmente, programar grupos primarios cada 30 días con los profesionales: cuidadoras / psicóloga / gerontólogo, con el personal administrativo para que evalúen la eficacia de los recursos y herramientas utilizados por la institución en la asistencia de los adultos mayores y sus familias. Permitiendo dichas reuniones fortalecer en esta red de profesionales su conciencia sobre el cuidado individual del adulto mayor, los factores de riesgo que contribuyen a la declinación funcional y el deterioro de calidad de vida. Lo que permitirá atender integralmente las necesidades individuales y colectivas de la población.

Es bien sabida la importancia que tiene el abordaje profesional en los lugares de salud pública al cuidado del adulto mayor con la enfermedad de Alzheimer, es por ello que se hace necesario que se cuente con un grupo Interdisciplinario (psicólogo, gerontólogo, enfermeros, médico, psiquiatra, neurólogo, terapia ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista), y se hace mucho más importante que se estimule el trabajo en equipo para la planificación de actividades desde una perspectiva holística, ya que muchas desviaciones en la praxis diaria se deben a la individualización del trabajo entre los profesionales, Es por ello que se requiere de la realización de protocolos en atención integral al paciente, lo que va a derivar en la optimización de su calidad de vida y la recuperación de su dignidad.

15. Bibliografía

- Alvarado, S. V. (1993). La construcción de categorías teóricas a partir de los datos empíricos, como base del acercamiento metodológico en la investigación cualitativa. En: Lopera, Egidio, et Al. *Investigación cualitativa: confrontación, y prospectiva*, Editorial U de A, Medellín.
- Alzheimer's Disease International - ADI. (2009, 21 de septiembre de). Informe mundial sobre Alzheimer 2009. *Alzheimeruniversal.com* Recuperado de:
<http://alzheimeruniversal.blogspot.com/2011/08/informe-mundial-sobre-el-alzheimer-alz.html#axzz1Wj9uLCUO>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Asociación Familiares Enfermos Alzheimer Coruña-AFACO. (2006). *Alzheimer: un reto de presente y futuro*. Recuperado de:
http://www.afaco.es/pdf/publicaciones/alzheimer_un_reto_presente_y_futuro.pdf
- Benenzon, R., Gainza de, V. y Wagner, G. (2008). La música como salida de aislamiento. En: *La nueva musicoterapia*. (pp: 184-189). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Benenzon, R., Gainza de, V. y Wagner, G. (2008). Aplicación de la musicoterapia en el paciente de Alzheimer según el modelo Benenzon. En: *La nueva musicoterapia*. (pp: 309-342). Buenos Aires, Argentina: Lumen.

- Birtchnell, J. (1987). La terapia artística como forma de psicoterapia. En: Dalley, T (Ed) *El arte como terapia*. (pp: 75-93). Barcelona: Herder.
- Castro, J. y Sánchez, I. (2010). Wundt y la música: argumentos genealógicos para repensar la psicología de la música. *Epistemos* (1), pp. 21-54.
- Charlton, S. (1987). La terapia artística en sujetos de largo internamiento en hospitales psiquiátricos. En: Dalley, T. (Ed) *El arte como terapia*. (pp: 259-282). Barcelona: Herder.
- Copland, A. (1955). *Música e imaginación*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Copland, A. (1955). *Cómo escuchar la música*. México: Fondo de cultura Económica.
- Copland, A. (1999). *Los placeres de la música*. Recuperado de:
<http://juanmatoses.files.wordpress.com/2011/02/aaron-copland-los-placeres-de-la-musica.pdf>
- DANE (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 – 2020*. Estudios Postcensales No. 7: Colombia. ISBN 978-958-624-078-9 Recuperado de:
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf
- Dean, C. (2011). *El gran libro de la enfermedad de Alzheimer*. Colombia: Panamericana.
- Delacroix, H. (1951). *Psicología del Arte*. Buenos Aires: El ateneo.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme-Paidós.

- Galeano, M. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa*. Medellín. La carreta.
- Godwin, J., (2.000). *Armonías del cielo y la tierra*. España; Paidós Ibérica.
- Gracia, E. (1997). *Apoyo social en la intervención comunitaria*. España; Paidós Ibérica.
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. International Thomson Editores, México.
- González, J de J. y Nahoul, S. (2008). Psicología del arte aplicada a la música. En: *Psicología psicoanalítica del arte*. (pp: 71-80). México: Manual Moderno.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: C. A. Denman & J. A. Haro (Orgs.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). México: El Colegio de Sonora
- Halguin P., y Kraus, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*, México: McGraw-Hill.
- Jara, O., (2001). *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias*. Costa Rica; Centro de Estudios y Publicaciones – Alforja.
- Lopera, F. (2002). La peste de la memoria en Antioquia. *Legado del Saber No 3*, Medellín: Universidad de Antioquia.
- Mercadal, M., y Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa – Prayma Ediciones

- Miller, B. (1987). La terapia artística en las personas de edad avanzada y en los enfermos terminales. En: Dalley, T (Ed) *El arte como terapia*. (pp. 199-214). Barcelona: Herder.
- Papalia D., Sterns H., Feldman R., y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill. 3ª ed.
- Por la memoria. (2010, 5 Junio). *Revista Semana.com* Recuperado de:
<http://www.semana.com/noticias-vida-moderna/memoria/139883.aspx>
- Rueda, J. (2001). Transición al envejecimiento: ¿el último reto demográfico? En Asociación Interdisciplinaria de Gerontología – AIG de Colombia. *Agenda sobre envejecimiento – Colombia siglo XXI. Memorias de un foro-debate*. Bogotá, Colombia. (p 2)
- Sacks, O. (2009). Música e identidad: Demencia y terapia musical. En: *Musicofilia: Relatos de la música y el cerebro* (pp: 402-417). Barcelona: Anagrama.
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa*. Instituto de Fomento a la Educación Superior, ICFES. Bogotá, Versión electrónica, 2002. (313p). ISBN: 958-9329-18-7. Buscador Google Académico. Recuperado de:
http://www.icfes.gov.co/cont/s_fom/pub/libros/ser_inv_soc/modulo4.pdf
- Sigg, J. (2010). El niño de la calle y la psicoterapia de arte: estudio de caso en el México urbano. En: *Temas selectos en orientación psicológica. Terapia de arte*. (pp: 47-53). México: El Manual Moderno.
- Tánori, J. (2012 febrero). *Calidad de vida, premisas histórico-socio-culturales y recursos psicológicos: en tres generaciones de sonorenses*. Tesis de Doctorado en Ciencias

sociales. Universidad Autónoma de Sinaloa. Recuperado de:

<http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Doctorado/Jesus%20Tanori%20Quintana.pdf>

Tárraga, L., y Boada, M. (2006). *Volver a empezar*. Fundación ACE. Barcelona: Glosa Ediciones.

16. Anexos

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este trabajo de grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente trabajo es realizado por las estudiantes de psicología Ana María Espinosa Fernández y Adriana Patricia Loaiza Peláez, de la Institución Universitaria de Envigado. La meta es: Comprender los efectos de la música en la calidad de vida entre personas diagnosticadas con Alzheimer, pertenecientes al Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios Caminos de la Vida de la ciudad de Medellín por medio de la sistematización de experiencias en un estudio de caso colectivo.

Si usted como administradora del Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios Caminos de la Vida accede a participar en este proyecto, se le pedirá responder algunas preguntas con respecto a los adultos mayores que usted representa en cualquier etapa del proceso, así como se le solicita autorización para tomar fotos y videos de los mismos con el fin de documentar lo observado durante las actividades.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

Me han indicado también que en calidad de administradora del Instituto de Recuperación y Cuidados Intermedios Caminos de la Vida, tendré que responder algunas preguntas con respecto a los adultos mayores que represento en cualquier etapa del proceso, así como se me solicita autorización para tomar fotos y videos de los mismos con el fin de documentar lo observado durante las actividades.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del trabajo investigativo cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



ANEXO 2

ANAMNESIS

Fecha de diligenciamiento: _____ Historia N° _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre:.....C.C.....

Edad:Estado civil:Estudios:.....

Lugar y fecha de nacimiento:Sexo:

Ocupación:Tel:Celular:.....

Dirección:Depto.:Barrio:

Estado civil: Profesión: # De hijos:.....

Responsable del paciente:Tel:.....

Convive con:

.....Edad:Parentesco.....

.....Edad:Parentesco.....

Remitido por:

2. ANTECEDENTES DE SALUD (Aspectos relevantes de complicaciones, enfermedades que ha padecido o padece, procesos psicológicos, neurológicos, psiquiátricos, cirugías, accidentes, medicación. etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

3. FAMILIOGRAMA- (Narración Historia de vida – Estado emocional)

.....

.....

.....

.....

4. ANTECEDENTES FAMILIARES (Relación entre padres, hijos y hermanos)

.....

.....

.....

.....

5. MOTIVO DE CONSULTA:

.....

.....

.....

6. PROCEDIMIENTO A SEGUIR:

.....

.....

.....

.....

7. INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA A SEGUIR:

.....

.....

.....

.....

FIRMA PSICOLOGA PRACTICANTE

FIRMA PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

ANEXO 3

Cuestionario de preferencias musicales *

Nombre: _____

1) ¿Le gusta la música?

Sí No

2) ¿Cuál es su música preferida?

Clásica Bambucos Pasodobles

Boleros Rancheras Parrandera

Vals Porros Romántica

Tangos Carrilera Vallenatos

Música religiosa Cumbias Otras: _____

3) ¿Que cantante, grupo musical o compositor le gusta más?

4) ¿Qué instrumento musical le gusta más? (piano, guitarra, violín, flauta, tambores,...)

5) ¿Hay algún tipo de música que no le guste o le moleste?

6) ¿Cuál de las siguientes actividades le ha gustado realizar con respecto a la música?

a) Cantar (o tararear canciones)

b) Tocar instrumentos musicales _____

c) Bailar

d) Otro: _____

En caso de seleccionar la esta respuesta b, preguntar que instrumento (s) musical (es) sabe tocar.

¿Quién responde el cuestionario?

Adulto mayor

Cuidador familiar o profesional (indicar nombre) _____

* Formato base extraído del libro "Manual de musicoterapia en geriatría y demencias" citado en las referencias y levemente modificado para las necesidades del contexto y la población seleccionada

ANEXO 4**Diario de Campo**

Diario de Campo		
FECHA:	TEMA:	ACTIVIDAD:
OBJETIVO:		ESTRATEGIA:
OBSERVACIONES:		COMENTARIOS / ANÁLISIS:

ANEXO 5

Hoja de observación respuestas

PACIENTE: _____

ACTIVIDADES	SESION 1	SESION 2	SESION 3	SESION 4	SESION 5	SESION 6	SESION 7	SESION 8	SESION 9	SESION 10	SESION 11	SESION 12	SESION 13	SESION 14	SESION 15	SESION 16	OBSERVACIÓN FINAL
AUDICIÓN	RESPONDER SI O NO																
Participación																	
Atención y concentración																	
Motivación																	
Interacción social																	
CANTO-EXPRESIÓN VOCAL	RESPONDER SI O NO																
Participación																	
Atención y concentración																	
Motivación																	
Interacción social																	
TOCAR INSTRUMENTOS	RESPONDER SI O NO																
Participación																	
Atención y concentración																	
Motivación																	
Interacción social																	
IMPROVISACIÓN MUSICAL	RESPONDER SI O NO																
Participación																	
Atención y concentración																	
Motivación																	
Interacción social																	
BAILE Y MOVIMIENTO	RESPONDER SI O NO																
Participación																	
Atención y concentración																	
Motivación																	
Interacción social																	

Elaborado por: _____

ANEXO 6

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES \ TIEMPO	SEMESTRE IX															
	Mes I				MES II				MES III				MES IV			
	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Talleres de música	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rastreo Antecedentes	X		X		X		X		X		X					
Elaboración Fichas Bibliográficas		X		X		X		X		X		X				
Socializaciones (avances, trabajo final)																X
Asesorías	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Asesorías con expertos en música				X				X				x				X
Entrevistas a familiares		X		X		X		X		X		X		X		X
Entrevistas a Administradora				X				X				X				X
Entrevistas a cuidadoras profesionales	X				X				X				X			
Redacción Informes														X	X	X

ACTIVIDADES \ TIEMPO	SEMESTRE X															
	Mes I				MES II				MES III				MES IV			
	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Talleres de música	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rastreo Antecedentes	X		X		X		X		X							
Elaboración Fichas Bibliográficas		X		X		X		X		X						
Socializaciones (avances, trabajo final)																X
Asesorías	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Asesorías con expertos en música				X												
Entrevistas a familiares	X				X				X				X			
Entrevistas a Administradora				X				X				X				X
Entrevistas a cuidadoras profesionales	X				X				X				X			
Redacción Informes												X	X	X	X	X

ANEXO 7						
Presupuesto global del trabajo de grado						
RUBROS	FUENTES			TOTAL		
	Estudiante	Institución - IUE	Externa			
Personal	\$900.000	\$992.000	0	\$1'892.000		
Material y suministro	\$587.000	0	0	\$587.000		
Salidas de campo	\$200.000	0	0	\$200.000		
Bibliografía	\$336.000	0	0	\$336.000		
Equipos	\$1'790.000	0	0	\$1'790.000		
Otros	0	0	0	0		
TOTAL	\$ 3'813.000	\$992.000	0	\$4'805.000		
Descripción de los Gastos de personal						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Ana María Espinosa Fernández	Practicante	20 horas	\$450.000	0	0	\$450.000
Adriana Patricia Loaiza Peláez	Practicante	20 horas	\$450.000	0	0	\$450.000
Víctor Hugo Cano	Asesor asignado por la IUE	1 semanal	0	\$992.000	0	\$992.000
TOTAL			\$900.000	\$992.000	0	\$1'892.000
Descripción de material y suministro						
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo			Total		
	Estudiante	Institución - IUE	Externa			
Una caja de lapiceros	\$5.000	0	0	\$5.000		
Dos resmas de papel	\$16.000	0	0	\$16.000		
4 pares de maracas	\$80.000	0	0	\$80.000		
4 panderetas	\$80.000	0	0	\$80.000		
4 cascabeles	\$20.000	0	0	\$20.000		
1 triangulo	\$9.000	0	0	\$9.000		
1 armónica	\$15.000	0	0	\$15.000		
5 pares de claves	\$35.000	0	0	\$35.000		
10 discos compactos con la música de preferencia del grupo	\$115.000	0	0	\$115.000		
Pliegos de cartulina	\$10.000	0	0	\$10.000		

Tóner para impresora	\$45.000	0	0	\$45.000
Cinta de enmascarar	\$7.000	0	0	\$7.000
Fotocopias	\$150.000			\$150.000
TOTAL	\$587.000	0	0	\$587.000
Descripción de salidas de campo				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Visitas a las diferentes bibliotecas de la ciudad: U de A, Eafit, Comfenalco, Comfama, Fundación Universitaria Luis Amigó, UPB, Universidad San Buenaventura, Biblioteca Piloto, etc.	\$200.000	0	0	\$200.000
TOTAL	\$200.000	0	0	\$200.000
Descripción de material bibliográfico				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Musicofilia (Oliver Sacks)	\$48.000	0	0	\$48.000
Manual de musicoterapia en geriatría y demencias	\$80.000	0	0	\$80.000
Psicología de la anormalidad	\$45.000	0	0	\$45.000
El gran libro de la enfermedad de Alzheimer	\$28.000	0	0	\$28.000
Neuropsicología de la esquizofrenia	\$34.000	0	0	\$34.000
Manual de psicomotricidad, ritmo y expresión corporal	\$46.000	0	0	\$46.000
DSM IV - TR	\$55.000	0	0	\$55.000
TOTAL	\$336.000	0	0	\$336.000
Descripción de equipos				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Equipo reproductor de música con parlantes	\$120.000	0	0	\$120.000
Cámara para grabar fotos y videos	\$350.000	0	0	\$350.000
Computador portátil	\$650.000	0	0	\$650.000
Proyector de imagen – Video beam	\$550.000	0	0	\$550.000
Impresora	\$120.000	0	0	\$120.000
TOTAL	\$1'790.000	0	0	\$1'790.000