

**“EFECTOS DE LA TÉCNICA DE LA MUSICOTERAPIA EN LA CALIDAD DE
VIDA DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UN
ESTUDIO DE CASO A PROFUNDIDAD.”**

KATHERINN HERNÁNDEZ ORREGO

JOHANNA LÓPEZ MUÑOZ



UNIVERSIDAD DEL VALLE- SEDE PALMIRA

PSICOLOGÍA

PALMIRA, DICIEMBRE DE 2014

**“EFECTOS DE LA TÉCNICA DE LA MUSICOTERAPIA EN LA CALIDAD DE
VIDA DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: UN
ESTUDIO DE CASO A PROFUNDIDAD.”**

KATHERINN HERNÁNDEZ ORREGO

JOHANNA LÓPEZ MUÑOZ

**TRABAJO DE GRADO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO**

**JULIÁN MANRIQUE ARISTIZABAL
DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO
UNIVERSIDAD DEL VALLE**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE- SEDE PALMIRA
PSICOLOGÍA
PALMIRA, DICIEMBRE DE 2014**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, el motor absoluto de mi vida, principio y fin de todos mis proyectos.

A mi familia: A mi mamá por su excelente labor, la paciencia y el cariño que ha tenido para acompañarme durante este camino. A mis hermanas, Elena Nelsy y Nancy por su confianza y apoyo incondicional, por cada palabra y acción que me motivo a continuar y no desfallecer. A Fabio y a Andrés por su disposición a colaborarme siempre, y a mi sobrinita, Isabella por alegrarme los días. En general a toda mi familia por su amor incondicional.

A mi compañera de trabajo de grado Katherinn, por su dedicación y esfuerzo para sacar adelante este proyecto. A doña Nidia y a su hija por ser parte activa de este proyecto. A Julián Manrique por ser un excelente guía académico, por su comprensión y su disposición a ayudarnos siempre.

Les estaré agradecida siempre, porque contribuyeron significativamente en mi proceso de formación académica profesional.

Johanna

Agradezco a mi familia por su apoyo incondicional, a mi compañera porque sin ella no hubiera sido posible hacer y terminar esta intervención, a nuestro director de trabajo de grado Julián Andrés Manrique, sin sus críticas constructivas, sugerencias y correcciones, tampoco hubiera sido posible terminarlo.

A Oscar Bustos por su gestión con la paciente. A Andrés Rodríguez por su interés en nuestro trabajo y contribución en el mismo y por ultimo pero no menos importante, a Dios.

Katherinn

Efectos de la técnica de la Musicoterapia en la calidad de vida de un paciente con Enfermedad de Alzheimer. Un estudio de Caso a profundidad.

“Nuestras vidas se podrían comparar a la forma en que evoluciona un día. De madrugada, la débil luz pronostica una jornada llena de sensaciones, pero aún estamos demasiado rodeados por la calma de la noche para que los sentidos sean suficientemente ágiles. El mediodía es el momento de la luz más intensa, del máximo esplendor, de la madurez. Más serena la tarde va llevándonos poco a poco y sin excesos hasta el anochecer; y éste, de manera pausada y con el cansancio y la sabiduría adquiridos durante el día, nos hará llegar hasta la noche.” Jordi Peña-Casanova (1994)

TEMA

Estudio de caso a profundidad en un paciente con enfermedad de Alzheimer en fase leve sobre los efectos que tiene en la calidad de vida la estimulación a nivel cognitivo –atención selectiva, memoria episódica, lenguaje corporal- y emocional - vínculos relacionales- por medio de la técnica de la musicoterapia.

CONTENIDO

TEMA.....	3
INTRODUCCION.....	6
OBJETIVOS	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	25
1.DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	7
1. 1 DEMENCIAS DEGENERATIVAS:.....	7
1.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	8
1.3 MUSICOTERAPIA	12
1.3.1 Historia de la musicoterapia:.....	13
1.3.2 Campos de aplicación:	14
1.3.4 Modelos teóricos:	14
1.3.5 Respuestas Psicológicas a la experiencia musical:	15
1.4 ALZHEIMER Y MUSICOTERAPIA	15
1.5 FUNCIONES COGNITIVAS	17
1.5.1 Atención	17
1.5.2 Memoria	18
1.5.2.1 Memoria Episódica:	19
1.5.3 Lenguaje corporal.....	20
1.6 MUSICA Y CEREBRO.....	20
2. METODOLOGIA.....	28
2.1 Paciente	28
2.2 Instrumentos	30
2.3 Evaluación.....	31
2.3.1A nivel cognitivo:.....	31
Cada SI y NO correctos vale un punto.....	32

2.3.2 A nivel emocional:	33
2.4 Protocolo de intervención.....	33
2.5 Estimulación cognitiva:.....	37
2.5.1 Atención Sostenida:.....	37
2.5.2 Memoria episódica:	38
2.5.3 Estimulación emocional:	39
3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
3.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	42
3.1.2 Protocolo CERAD-COL y pruebas complementarias.....	42
3.1.3 Tabla de comparación, aplicación inicial y aplicación final. Protocolo CERAD-COL y pruebas complementarias	Error! Bookmark not defined.
3.2 Escala de depresión YESAVAGE.....	42
3.3 CALIDAD DE VIDA.....	44
3.4 Síntesis de resultados de la intervención.....	46
4. ANÁLISIS	62
4.1 Nivel emocional	62
4.2 Nivel cognitivo	66
5. DISCUSIÓN	68
6. CONCLUSIONES.....	71
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	77

INTRODUCCION

La demencia senil de tipo Alzheimer es una enfermedad que actualmente aqueja a una gran cantidad de personas de avanzada edad. Se caracteriza por un deterioro considerable de la memoria y demás facultades cognitivas, las cuales se ven gradualmente afectadas en mayores proporciones con el paso del tiempo. Sin embargo, no solo la parte neurológica cobra importancia a la hora de hacer frente a dicha patología, también existe el no menos importante componente psicológico, cuya mira trasciende la enfermedad y orienta su intervención más hacia el sujeto que la padece. Un sujeto que vive en un contexto particular, que tiene una historia y un pasado que recordar, y (–en este caso–) habilidades por explorar, que podrían permitan compensar, en la medida de lo posible, los déficits que la enfermedad ha generado tanto a nivel cognitivo como emocional.

En este trabajo se realizó una intervención clínica por medio de la técnica de la musicoterapia haciendo énfasis en estimular: 1) la memoria episódica, puesto que el ser humano está constituido por recuerdos y experiencias enmarcadas en un contexto y que tienen un fuerte vínculo afectivo como lo son los recuerdos autobiográficos o familiares. 2) La atención selectiva, aunque a lo largo del proceso de intervención habrá un fortalecimiento de la atención de manera general, se decide fortalecer la atención selectiva, ya que el paciente debe tener una atención focalizada y orientada en los instrumentos musicales y en las tareas que llevara a cabo, y 3) el lenguaje corporal, porque el Alzheimer al ser una enfermedad degenerativa, a lo largo del tiempo la función cognitiva superior, el lenguaje, se deteriora y el paciente debe buscar nuevos medios de comunicación incluyendo el lenguaje corporal dentro de su vida diaria para así poder expresarse y hacerse entender de las personas que lo rodean.

1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El ser humano en la última etapa de su vida se encuentra con diversas patologías, entre ellas la enfermedad de Alzheimer, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) es la causa de demencia más común en la vejez. Esta demencia se manifiesta de manera crónica y progresiva con un deterioro de las funciones cognitivas, en especial la memoria y atención, además una pérdida del control emocional del paciente. Existen diferentes herramientas de intervención para el fortalecimiento de las habilidades cognitivas aun conservadas del sujeto y de su esfera emocional. Una de estas herramientas es la musicoterapia, la cual tiene una contribución psicológica y física en el paciente a intervenir que permite la apertura de nuevos medios de comunicación dentro de la relación con los otros por medio del lenguaje corporal.

1. 1 DEMENCIAS DEGENERATIVAS:

Según Portellano, "Demencia es un deterioro adquirido, crónico, y generalizado de las funciones cognitivas que afecta a dos o más áreas: memoria, capacidad para resolver problemas, realización de actividades perceptivo motrices, utilización de habilidades de la vida diaria y control emocional (...) la severidad del déficit cognitivo en la demencia interfiere el normal funcionamiento familiar, social y ocupacional del sujeto" (2005, pág. 323).

La definición de Portellano puntualiza tanto en el componente cognitivo y funcional de la patología como en su incidencia a nivel afectivo y emocional. Las demencias son síndromes que afectan paulatinamente las funciones cognitivas y generan daños a nivel intelectual, generando un deterioro de las funciones superiores y afectando el control motriz, emocional y el razonamiento de los adultos mayores que son quienes se ven en mayor proporción afectados por estas patologías.

1.2 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Definición:

La EA (Enfermedad de Alzheimer) es una demencia neurodegenerativa, la más común entre su grupo (OMS, 2012) caracterizada por el deterioro de las funciones y facultades cognitivas además de las repercusiones que se generan por esta enfermedad a nivel emocional.

Según Dader (2005). La EA es una demencia progresiva y degenerativa del cerebro, que provoca una alteración de las funciones intelectuales, caracterizada por la degeneración paulatina de las neuronas de la corteza cerebral y de ciertas estructuras subcorticales lo cual genera un deterioro funcional del cerebro. Cabe resaltar que es adquirida, global, incapacita y es un síndrome, ya que presenta un conjunto de síntomas que se prolongan con el tiempo, múltiples déficits cognitivos y alteraciones psicológicas y de comportamiento.

La demencia tipo Alzheimer, tiene su origen en la pérdida de neuronas en las capas profundas de la corteza, con progresivo alargamiento de los ventrículos, hay deterioro dopaminérgico en los ganglios basales, trayendo como consecuencia la alteración del patrón neuroquímico del cerebro, con una alta concentración de la proteína beta-amiloide y la presencia de ovillos neuro-fibrilares compuestos por la proteína Tau (que modula la adhesión de los micro-túbulos y su estabilización en las neuronas), también, presenta un déficit colinérgico en áreas corticales asociativas, hipocampo, locus coeruleus, núcleos del Rafe y áreas entorrinales, lo que afecta diversidad de facultades de orden cognitivo, teniendo su mayor incidencia en los procesos de memoria. Pero esto no quiere decir que sea la única función que se ve afectada, para ello el manual DSMIV-TR elaboró una serie de criterios en los que se basa para determinar si la demencia que sufre el adulto mayor es de tipo Alzheimer, lo cual solo se logra con análisis histopatológico (diagnóstico de enfermedades a través del estudio de los tejidos).

Criterios diagnósticos del DSMIV-TR para la enfermedad de Alzheimer:

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) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)

(3) enfermedades inducidas por sustancias

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. Por ejemplo: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia.

Los parámetros o elementos bajo los cuales el manual DSMIV-RT diagnostica la EA son explícitos en que para que la enfermedad sea diagnosticada como tal deben descartarse otras enfermedades de origen nervioso, entre ellas otro tipo de demencias,

enfermedades con origen orgánico y en general cualquier etiología que no corresponda con las características anteriormente establecidas, ya que puede prestarse para confusiones y un diagnóstico erróneo de la patología. Además de los ítems que establece el manual, diferentes manifestaciones dan cuenta del desarrollo de la demencia tipo Alzheimer. El notable deterioro progresivo se manifiesta con el paso del tiempo haciendo el daño más notorio, como anteriormente se mencionaba la memoria es la función más alterada pero no es la única a nivel funcional y emocional, otros son las manifestaciones que se generan en la EA y que conforme pasa el tiempo se agudizan de manera irreversible.

Según Portellano (2005) La demencia tipo Alzheimer consta de tres etapas o fases en las cuales, cada una que sucede a la anterior es mayor en complejidad y daños funcionales.

Fase inicial o leve: La primera etapa de la EA se caracteriza por olvidos frecuentes, dificultad para generar nuevos aprendizajes, palabras reiterativas (repeticiones) y acciones reiterativas generadas por los olvidos frecuentes. Las personas en esta etapa presentan apatía y/o depresión, desorientación espacial, dificultad para aprender cosas nuevas y para encontrar las palabras con que quieren expresarse.

Fase intermedia o moderada: Pérdida severa de la memoria, dificultad en las relaciones temporales, déficit en la memoria semántica, episódica y de trabajo. Aparecen los síntomas afásicos, apráxicos y agnósicos. Además, dificultad para la organización, planificación y ejecución de tareas que requieran alto control cognitivo (resolución de problemas, operaciones lógico matemáticas, creación de estrategias, entre otras). Esta fase usualmente se ve acompañada de agitación motora, alucinaciones y alteraciones comportamentales psiquiátricas.

Fase terminal o severa: El deterioro cognitivo es tan grave que el sujeto tiene una dependencia total del entorno, ya no puede valerse por sí mismo para realizar actividades básicas tales como: bañarse, vestirse y alimentarse sin la ayuda de alguien que lo asista. Presencia de rigidez muscular, la anomia se hace más severa y la fluidez verbal disminuye ostensiblemente, llegando a solo nombrar o repetir cosas relativamente simples. También se encuentra pérdida de la iniciativa, lo que genera que no se puedan completar las actividades que inician.

Evidentemente los daños a nivel cognitivo inciden funcionalmente dificultando el accionar cotidiano de los sujetos, pero no es únicamente a este nivel que se presentan dificultades y cambios radicales, también a nivel emocional esta patología repercute de manera indiscutiblemente y no solo en lo que concierne al sujeto afectado sino a los cuidadores y familiares. Entendiendo que el impacto de la enfermedad genera cambios conductuales y de la personalidad en el sujeto. Según la OMS, 2012. Se considera que entre esos cambios se encuentran:

Depresión: La tristeza suele ser la reacción más común, acompañada de otras conductas ligadas al componente emocional. En ese sentido un sujeto que toda su vida fue muy alegre puede experimentar un cambio drástico en su estado de ánimo, condicionado por su permanente estado de tristeza y desolación.

Frustración: El no poder desarrollar las actividades que comúnmente llevaba a cabo en su vida cotidiana, conlleva a un sentimiento de incapacidad, limitándose muchas veces el mismo en cosas que si podría hacer pero que por su estado emocional no se permite realizar.

Irritabilidad: Tanto la condición funcional de deterioro como la emocional de depresión, puede generar en el sujeto reacciones de carácter agresivo en las cuales deposita toda su tristeza y sus frustraciones son extrapoladas a la realidad de formas no convencionales.

Apatía: Ligado al sentimiento de depresión y frustración que genera la incapacidad de no realizar las actividades que normalmente se realizaban puede generar en el sujeto un estado de apatía en el que no muestre el mínimo interés por realizar ninguna de sus actividades.

Por último, es importante tener en cuenta que la experiencia de la enfermedad es vivenciada por cada sujeto de manera particular, puesto que el entorno y los demás factores sociales no son generalizables a toda la población sino que varía en función de la significación y las experiencias que cada uno le da a su situación.

De esta manera, se comprende que los daños que se producen en la demencia tipo Alzheimer no son solo a nivel cognitivo, sino también a nivel emocional. Además, pueden existir mecanismos compensatorios bidireccionales por medio de los cuales se da una evocación del recuerdo a través de la generación de vínculos emocionales,

llegando así a mejorar la calidad de vida del paciente desde la misma estimulación cognitiva.

1.3 MUSICOTERAPIA

"...Cuando el mal espíritu de Dios se apoderaba de Saúl, David tomaba el arpa, la tocaba y se ponía mejor..."

Fragmento de la biblia citada por Benenzon (1981)

Desde su definición etimológica, el término "Musicoterapia" hace referencia a "terapia a través de la música" (Poch, I. 1999. Pág. 39), y muy acorde con este concepto es de lo que se trata la intervención a través de la música. Sus fines son terapéuticos sobre todo en el ámbito de intervención clínica.

Benenzon, 1981 inicialmente la definió como "Auxiliar de la medicina que, con las demás técnicas terapéuticas ayuda a la recuperación del paciente o previene futuros trastornos físicos y mentales." (pág. 20)

La actual definición que propone Benenzon, 1999 en su fundación de musicoterapia es: "La musicoterapia es una psicoterapia no -verbal que utiliza las expresiones corpóreo-sonoro - no -verbales para desarrollar un vínculo relacional entre musicoterapeuta y otras personas necesitadas de ayuda para mejorar la calidad de la vida y rehabilitarlas y recuperarlas para la sociedad; como así también producir cambios socio - culturales-educativos en el ecosistema y actuar en la prevención primaria de la salud comunitaria"

En este sentido dependiendo del modelo teórico que el musicoterapeuta utilice, se desarrollarán las pautas a seguir dentro del protocolo de aplicación que mejor se adapten a las características, gustos y demandas del paciente. Cabe aclarar que la aplicación de la musicoterapia no concierne únicamente a profesionales del área musical, sino que una persona lo suficientemente capacitada y apropiada teóricamente de un modelo que le sirva de guía podrá llevar a cabo dicha intervención.

1.3.1 Historia de la musicoterapia:

La historia y posterior evolución de la Musicoterapia es muy amplia, su concepto se ha ido transformando a través del tiempo de una manera u otra, y el progreso de esta ha sido la evolución de la conducta socio-cultural de los pueblos. (Blaukopf, 1988).

Como bien se introduce, la historia en si misma nos proporciona material considerable para estudiar la evolución de esta terapia que con el transcurrir de los años ha sufrido transformaciones a nivel teórico y práctico. El presente trabajo irá orientado hacia la parte práctica de dicha disciplina usada como método psicoterapéutico, empero, se considera pertinente la contextualización dentro de la historia de la musicoterapia como concepto científico y como disciplina, que se hace conocida y se establece desde 1950, sin embargo como experiencia todo lo relacionado con la música nos ha atravesado. (Benenzon, 1981).

Desde tiempos remotos los seres humanos hemos mantenido una estrecha relación con todo aquello que concierne a lo musical. Partiendo desde concepciones mágicas en las culturas nómadas, la música ha jugado un papel importante dentro de nuestras costumbres y en el desarrollo de rituales y demás costumbres que atraviesan la vida humana: en lo religioso, lo social, lo familiar y ha estado presente en todo lo que los sujetos significamos sobre la existencia misma. Desde Egipto se usaba la música en rituales de curación entendiéndola como la “medicina del alma”, en Grecia era particularmente usada para efectos emocionales sobre personas con trastornos de esta índole, la concepción era que tenía efectos sobre el pensamiento. En la edad media en relación a lo religioso como puente de las emociones sagradas y para los filósofos como mecanismo de catarsis. En el renacimiento se encontraron documentos que relacionaban la música con la medicina y desde el siglo XVIII orientada hacia fines terapéuticos, con su mayor auge en los Estados Unidos (Benenzon, 1981).

Así, a nivel mundial y en el transcurso de toda nuestra historia nos hemos visto atravesados por el impacto que genera la música en nuestra existencia. Es terapéutica porque a nivel emocional desencadena reacciones generalmente positivas y de beneficio en quienes padecen enfermedades, y en su mayoría estimula también a nivel cognitivo las funciones de orden superior, esto se da por medio de la escucha atenta, comprensión,

aprendizaje de canciones o de tocar un instrumento, además creación de música, entre otros; que tienen como resultado una mejora considerable en la calidad de vida del paciente.

1.3.2 Campos de aplicación:

La musicoterapia es una disciplina que no se limita a un único campo sino que trasciende y es aplicada en los campos: educativo (con fines de aprendizaje), social (como medio de interacción y socialización) y clínico.

Aplicación clínica:

La musicoterapia como intervención psicoterapéutica se fundamenta en sesiones de terapia con el uso de instrumentos musicales como herramienta que posibilita la interacción, la comunicación y la estimulación de funciones cognitivas siguiendo un protocolo establecido.

1.3.4 Modelos teóricos:

Numerosos teóricos han explicado la musicoterapia extrapolada a sus campos de acción, cada uno la ha usado con los fines que ha considerado pertinentes, ya sea dentro de la educación, lo social o lo clínico terapéutico, de ellos el presente trabajo se adscribe al de Benenzon, 1981. , ya que su modelo se trabaja con fines psicoterapéuticos.

Modelo Benenzon: Basado en el concepto de Identidad Sonora (ISO) particular de cada sujeto, este modelo se sirve de los instrumentos musicales para establecer un canal de comunicación –no verbal- entre el musicoterapeuta y el paciente. Es decir, se identifica el ISO a trabajar y se interviene en relación a éste. Se observan sus respuestas frente a una consigna dada y se analiza su interacción con él o los instrumentos suministrados para la actividad.

Los diferentes conceptos de ISO que plantea Benenzon son:

ISO UNIVERSAL: Hace referencia a la musicalidad o sonidos de todos los seres humanos, característicos de los seres humanos como el ritmo cardíaco y la respiración.

ISO GESTALTICO: Sobre los sonidos propios del sujeto, sonoridades heredadas de la madre y se estudian a través de la escucha del líquido amniótico

ISO CULTURAL: Hace alusión al entorno cultural musical, es decir al folklore al que se adscribe el sujeto.

ISO COMPLEMENTARIO: Se construye de forma continua, a partir de las dinámicas que se generan dentro de la interacción y la comunicación que se genera en ese determinado momento, con las personas en particular que se desencadena la dinámica y el lugar elegido para dicha actividad.

El musicoterapeuta se adscribirá a uno de los ISO, el que más se ajuste a lo que demanda el paciente y realizara el proceso de intervención orientado a los elementos que en el ISO se ejemplifican.

1.3.5 Respuestas Psicológicas a la experiencia musical:

Consideramos que somos seres humanos 100% biológicos y 100% culturales, así, encontramos en la experiencia musical un sin fin de respuestas y reacciones ya que no podemos desconocer la parte emocional que nos impronta de sentidos y significaciones. En este orden de ideas se evidencia cómo a través de la música las personas expresamos sentimientos, emociones y manifestamos comportamientos que son susceptibles de transformaciones en tanto la experiencia musical genera impactos en todas las esferas de la vida. La intervención psicoterapéutica pretende indagar sobre los cambios que se generan y transforman la vida del sujeto a través de la música.

1.4 ALZHEIMER Y MUSICOTERAPIA

La musicoterapia es una herramienta enriquecedora para el fortalecimiento de la esfera emocional y de las habilidades cognitivas del paciente, por ende se decidió utilizarla en este proyecto. Teniendo en cuenta a Arango y Cols (2003) el Alzheimer “se caracteriza por un deterioro intelectual progresivo que involucra no solo la pérdida de las funciones

de memoria, orientación y lenguaje, sino otros componentes funcionales más complejos como la personalidad, el juicio, la capacidad de dar solución a problemas, cálculos, habilidad en construcciones viso-espaciales, así como un estado absoluto de dependencia mental y física” (pág.46). Por ende consideramos la musicoterapia como estrategia para el reforzamiento de funciones cognitivas aun conservada. A nivel emocional la musicoterapia permite crear vínculos del paciente consigo mismo y con su entorno, ya que dentro de esta demencia el sujeto la gran mayoría de veces se aísla, al no tener la capacidad de reconocer su enfermedad y los diferentes sucesos que pasan día a día en su entorno. La musicoterapia es una terapia que se aborda desde diferentes enfoques y con distintas miradas, así mismo persigue fines disímiles, que van desde la recreación hasta la psicoterapia y la rehabilitación.

Según Lacarcel, (1990) “La musicoterapia la consideramos como la terapia basada en la producción y audición de la música, escogida ésta por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da al individuo para expresarse a nivel individual y de grupo y de reaccionar a la vez según su sensibilidad, y también al unísono con los otros.” (Pág.9)

En este sentido, se pretende abordar el tema desde una mirada clínica, que no se enfoca únicamente en la enfermedad sino que también toma en cuenta al paciente, sujeto que se espera experimente cambios a nivel cognitivo, pero sin dejar de lado el componente emocional, siendo plausible que dicha intervención se traduzca o evidencie en la esfera comportamental.

Así mismo, lo que la musicoterapia va a permitirle al paciente que padece Alzheimer a nivel emocional, será crear o consolidar vínculos ya existentes con el mundo exterior, pudiendo reconocerse a sí mismo. Se espera que por medio de la emocionalidad que despierta en la música se pueda lograr una mayor sensibilidad y así un reconocimiento de sí e incluso de los otros por medio de la evocación de recuerdos.

De acuerdo a Lacarcel, 1990. En musicoterapia no solo se toca la música, también el sonido en su nivel más variado de actividades relacionadas con la producción de sonidos, a través de discriminación, asociación, realización de juegos sonoros, descripción sonora de instrumentos, voces, naturaleza, cuerpo humano, representación gráfica por medio de del color, instrumentos electrónicos, representación corporal.

Así, dichas tareas se enfocaran en potenciar en el sujeto las funcionalidades cognitivas, que aún conserva, ya que al perder ciertas habilidades el cerebro siempre buscara mecanismos de compensar, aun padeciendo una demencia degenerativa. De esta manera, asumimos que la música tiene un efecto terapéutico a nivel emocional, y la estimulación de estos dos componentes por medio de la terapia musical, van a permitirle al sujeto mejorar su calidad de vida. Sarkamo y Cols , 2008.

Según Petr Janata, 2014 docente de la universidad de california, estudió el efecto que tienen las canciones en un grupo de pacientes con Alzheimer; encontró que “Una canción despierta un recuerdo, por este motivo, la música sirve como banda sonora para una película mental que comienza a rodar en la mente”, activando varias zonas pre-frontales del cerebro y concluyendo que la música no solo influye en el estado de ánimo de la persona sino que suscitan el recuerdo de hechos significativos de la historia de ese paciente.

Por otro lado, Castro, S. Rodriguez, M & Suarez M () de la universidad Nacional – Bogota realizaron un estudio con seis pacientes con EA que pertenecían a la fundación Alzheimer ubicada en la ciudad de Bogotá. Durante 21 sesiones de terapia grupal observaron mejoría física y psicológica, además una integración con sus familiares y personas de la fundación. También, mayor atención a la actividad musical y mejoras cognitivas en lo pacientes.

1.5 FUNCIONES COGNITIVAS

1.5.1 Atención

Luria (1986) define la Atención como un proceso selectivo de información necesaria, que implica el afianzamiento de los programas de acción habilitados y el sostenimiento de un control indisoluble sobre el curso de los mismos.

Según Portellano, J. A (2005) divide la atención en tres niveles:

a. Estado de alerta o estado de vigilancia: Es el regulador de la atención voluntaria. “La primera reacción del organismo frente a un estímulo inusual, inesperado y novedoso, lo que provoca que se preste atención a la fuente de procedencia de dicho estímulo” pág. 144. Lo que permiten planificar y resolver problemas.

b. Atención sostenida: Está relacionado con el nivel de *Alerta*. “capacidad mediante la cual, el foco atencional se puede mantener resistiendo al incremento de la fatiga y a las condiciones de distractibilidad” pág. 144. Consecuente con esto, permite que se active la atención selectiva.

c. Atención selectiva: “Capacidad para la selección e integración de estímulos específicos así como la habilidad para focalizar o alternar entre dichos estímulos, mediante un adecuado tratamiento de la información” p. 144. Es decir, la capacidad para orientar la atención ha determinado elemento donde existe una conjunción de sistemas sensoriales a nivel parietal, que depende de la motivación e interés de cada persona.

En el proyecto se observaran los diferentes niveles de atención, pero se pretende fortalecer de manera específica la atención sostenida por medio de las diversas técnicas que ofrece la musicoterapia.

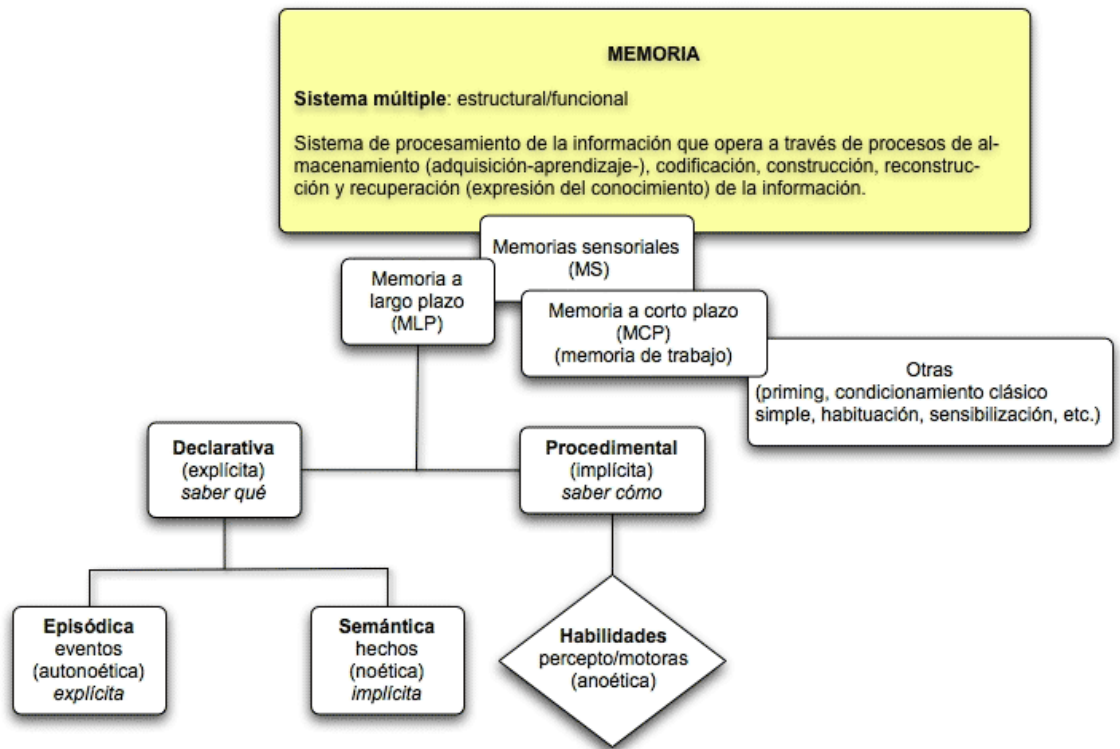
1.5.2 Memoria

“Hay que haber empezado a perder la memoria, aunque sea sólo 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

Según Tulving (1972). La memoria es un concepto muy amplio compuesto por el registro, codificación, retención, consolidación, recuperación y almacenamiento de la información.

Según Baddeley (1999), “la memoria es un sistema para el almacenamiento y la recuperación de la información” (pág. 11). Esta información es obtenida mediante estímulos visuales, auditivos, sensoriales y olfativos que son procesados y recordados. Tulving (1972) hace la siguiente división.



Tomado de <http://acordeon.eresmas.net/memoria/me.html>.

1.5.2.1 Memoria Episódica:

Sistema de memoria declarativa (explícita a través del lenguaje), asociada a recordar experiencias enmarcadas en nuestro propio contexto, es decir, almacena información sobre sucesos y episodios ubicados espacial o temporalmente generando un marco autobiográfico: “Permite recordar acontecimientos de la vida personal, familiar y social, por lo que se ve más afectado al olvido” (Portellano, 2005. Pág. 239). Estos recuerdos se dan a nivel consciente, explícito y voluntario.

Así pues en la paciente se dará un fortalecimiento de la memoria episódica, además de un aprendizaje por parte de los familiares para continuar fortaleciéndola.

1.5.3 Lenguaje corporal

“Los gestos, las mímicas, las posturas, los desplazamientos expresan emociones, realizan actos, subrayan unas palabras o las matizan, manifiestan permanentemente sentido para uno mismo y para los otros” Le Breton, Cuerpo y comunicación. pág. 41.

El lenguaje no solo se caracteriza por el habla sino por la diversidad de expresiones, gestos, movimientos, entre otros que utilizan las personas para comunicarse. Según Günter, 2000 el lenguaje corporal son “todas las acciones motoras, sensomotoras y psicomotoras se denominan en conjunto lenguaje corporal, debido a su dimensión espiritual, el lenguaje corporal humano es una forma de expresión que abarca múltiples planos” pág. 31.

El ser humano además de expresarse por medio del lenguaje verbal, tiene la capacidad de mostrar todo aquello que piensa o siente por medio de sus gestos, movimientos y expresiones cuyo medio de comunicación es el cuerpo. Por otro lado, cabe resaltar que el cerebro comienza a trabajar de acuerdo a los sistemas funcionales que se formaron durante la mediatización social de la actividad consciente, tomando en cuenta el contexto, la situación, el lenguaje corporal, expresiones y movimientos.

1.6 MUSICA Y CEREBRO

Durante el desarrollo del trabajo se ha hablado de la música, funciones cognitivas y vínculos relacionales, se considera necesario mostrar qué áreas específicas de nuestro cerebro son las que se activan cuando escuchamos un sonido, cantamos o tocamos algún instrumento, resaltando que entre hemisferio derecho e izquierdo, el más comprometido es el hemisferio derecho, sin dejar de lado la bihemisfericidad, puesto que hay momentos (por ejemplo: en el canto) en que se involucran los dos hemisferios. (Despins, 1986).

FIGURA 1. Estructuras Cerebrales activadas durante la percepción de los diferentes elementos de la música. Tomado de <http://www.neuropsiquiatria.org.ar/espanol/congreso2002/p-gaviria.asp>

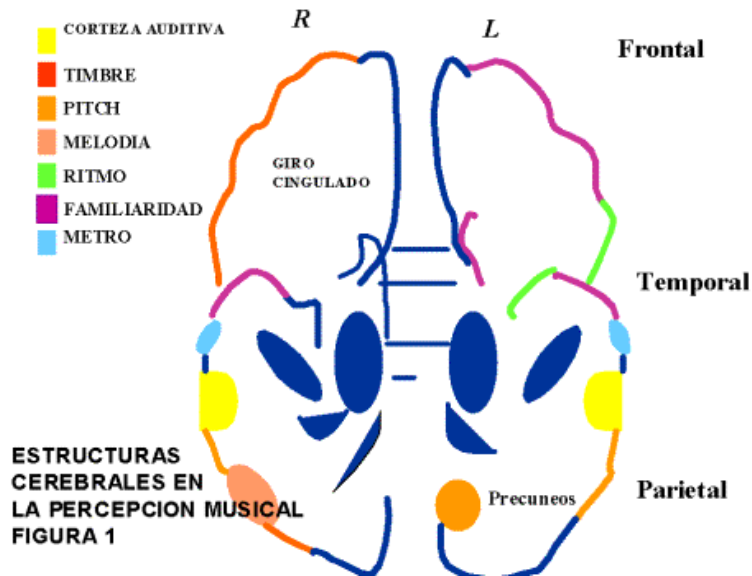
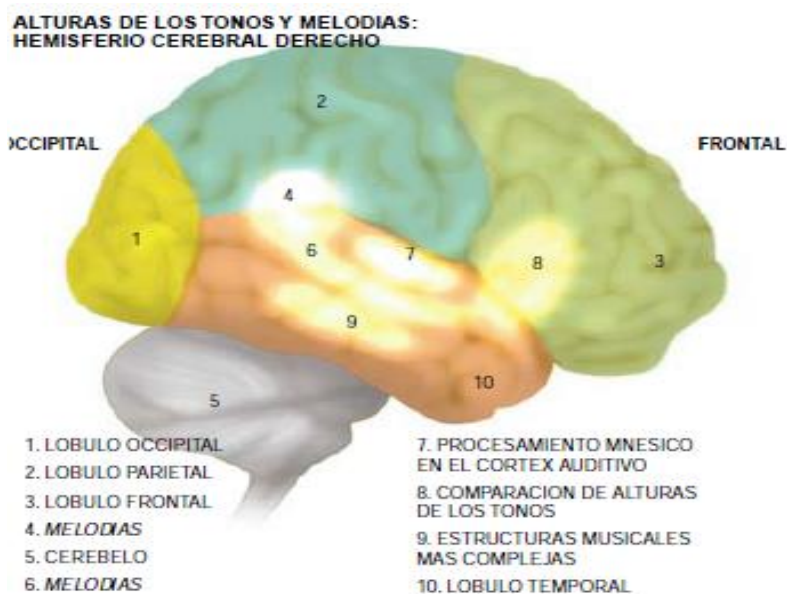


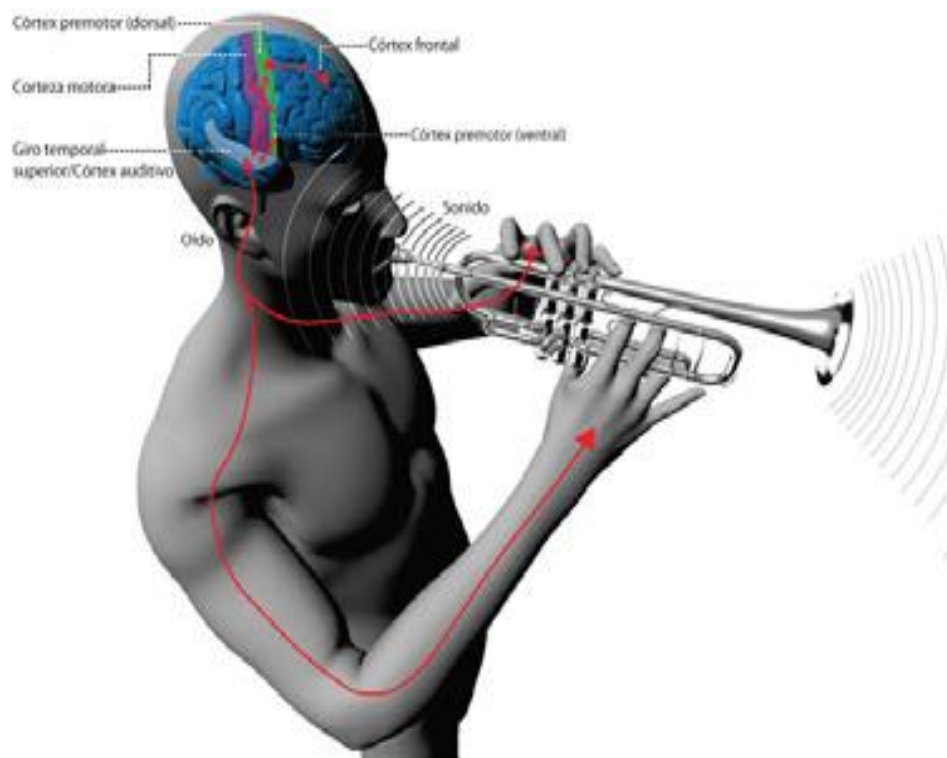
Figura 2: Activaciones desde una vista sagital durante la percepción de los diferentes elementos de la música. tomado de : <http://www.inuo.org/que-zonas-de-nuestro-cerebro-se-activan-cuando-escuchamos-musica/>



Es así como desde escuchar la música, hasta hacer sonar un instrumento hay una activación del sistema límbico, el cual está relacionado con respuestas emocionales,

tanto positivas como negativas, el aprendizaje y la memoria. También activación de zonas del lóbulo temporal, relacionadas con la memoria, el reconocimiento de las palabras y los sonidos, el recuerdo de canciones, música y arte. Además, del lóbulo parietal relacionado con los movimientos voluntarios dirigidos a una meta. Finalmente, también se involucra parte del lóbulo frontal el cual es el encargado del razonamiento, el lenguaje y el cual en parte nos mantiene en el presente. Por ende se puede evidenciar que la música es un buen estímulo para un paciente con E.A. Activando diversas zonas del cerebro las cuales pueden ayudar al fortalecimiento de funciones cognitivas conservadas y a un deterioro lento de la enfermedad.

Imagen 1: Estimulación cerebral al tocar un instrumento musical. Sonido e interpretación musical.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta los datos demográficos del año 2012 de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más común en la población de adultos mayores, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores de todo el mundo. Ello puede ser angustioso tanto para las personas que lo padecen como para quienes los rodean.

La EA tiene un efecto de carácter físico, psicológico, social y económico. Es una patología que ha cobrado fuerza durante las últimas décadas y se prevé que la tasa mundial de esta demencia se duplique cada veinte años. Ello como consecuencia del rápido envejecimiento de los países en vías de desarrollo, lo cual va ligado a grandes cambios en las estructuras y los roles familiar, así como en los patrones de trabajo y migración. También, la urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y el menor tamaño de las familias (OMS, 2012). Por ende y como consecuencia del aumento de la tasa global de pacientes con Alzheimer se ve la necesidad de intervenir en un paciente que padezca esta demencia (EA) pretendiendo mejorar su calidad de vida, por medio de una terapia de intervención poco utilizada (desde los profesionales de psicología) en el contexto Colombiano, la musicoterapia.

Así nos surgieron las siguientes preguntas: ¿Puede ser por efecto de la música que se evoquen ciertos acontecimientos relevantes en la vida del sujeto? ¿Es la música un recurso que funciona como un mecanismo compensatorio del déficit? Si es así, ¿Cómo estimular las facultades cognitivas que aún conserva por medio de la música y a su vez generar vínculos emocionales a través de la misma que le permitan al paciente hacer más llevadera su vida? Llegando a la cuestión final y global que sustentara el siguiente proyecto:

¿Cómo influye la estimulación musical a nivel cognitivo y emocional en la calidad de vida de una paciente con Alzheimer?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Estudiar los efectos de la musicoterapia a nivel cognitivo y emocional en una paciente con Enfermedad de Alzheimer y su influencia en la calidad de vida durante tres meses de intervención.

Objetivos específicos:

- Fortalecer habilidades cognitivas como la atención, memoria episódica y lenguaje corporal, por medio de la estimulación musical.
- Determinar los tipos de vínculos a nivel emocional que se generan por medio de la musicoterapia.
- Mejorar la calidad de vida del paciente por medio del fortalecimiento de los vínculos relacionales.

JUSTIFICACIÓN

La demencia senil tipo Alzheimer es una enfermedad que actualmente aqueja a una gran cantidad de personas de avanzada edad. Se caracteriza por el deterioro considerable de la memoria y demás facultades cognitivas, las cuales se ven afectadas en mayores proporciones con el paso del tiempo. Sin embargo, no solo la parte neurológica cobra importancia a la hora de hacer frente a dicha patología, también existe el no menos importante componente psicológico, cuya mira trasciende la enfermedad y orienta su intervención más hacia el sujeto que la padece. Un sujeto que vive en un contexto particular, que tiene una historia y un pasado que recordar, y –en este caso- habilidades por estimular, las cuales se espera, permitan compensar los déficits que el Alzheimer ha generado a nivel tanto cognitivo como emocional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia senil con mayor cantidad de adultos mayores que la padecen. Principalmente la pérdida de la memoria en las personas mayores trae como consecuencia el alejamiento de los familiares y abandono de los mismos, y no solo cambios a nivel del entorno sino también propios, como la pérdida de diversas habilidades y capacidades que se desarrollaron durante toda la vida, de ahí nuestro interés por fortalecer algunas habilidades cognitivas a través de la musicoterapia que ha sido una manera de intervención más utilizada en contextos europeos en pacientes con EA, no solo desde profesionales de la música sino desde algunos psicólogos.

Si bien es cierto que una intervención de rehabilitación no es posible ya que es una enfermedad degenerativa, pensamos que por medio de la estimulación de habilidades conservadas y la compensación de las que se van perdiendo, el paciente puede lograr una mayor adaptación a su nueva condición y como consecuencia, mejorar su calidad de vida también en la esfera emocional. Así mismo, se destaca el efecto terapéutico que puede tener la música *per se* dentro de la vida de este paciente y cómo por medio de ella su estado de ánimo puede regularse de manera que logre cierta estabilidad y en la medida de lo posible su calidad de vida mejore.

¿Para qué sirve la musicoterapia?

Como primera medida hay que dejar en claro que la musicoterapia no es una suerte de magia que cura, aunque sus objetivos si son en la mayoría de índole terapéuticos. En el caso de la EA no se presenta una cura dado su carácter de enfermedad crónica y degenerativa. Su objetivo como terapia es minimizar en la medida de lo posible el daño a nivel emocional y retrasar el deterioro cognitivo que ha tenido el paciente desde su diagnóstico, por medio de la interacción con los instrumentos y actividades musicales estimulando a nivel cognitivo las funciones afectadas y las habilidades conservadas, y a nivel emocional, los vínculos relacionales.

Siguiendo esta línea de intervención, es bien conocido por la experiencia individual que atraviesa a todos los seres humanos que los efectos que tiene la música por sí misma sobre todo a nivel emocional son notables. Sin embargo, en el ámbito terapéutico su impacto es mayor debido a que existe una metodología estipulada a través de un modelo definido con una guía que proporciona elementos claves en la intervención y aplicación de actividades musicales. Vale anotar que en este estudio nos ceñiremos a las propuestas en el protocolo del manual de musicoterapia de Benenzon (1981).

Consideramos que nuestro tema es relevante en la medida en que la intervención e impacto entre musicoterapia y Alzheimer ha sido muy estudiada en países europeos (España como el principal) y algunos latinoamericanos (Argentina el más relevante), sin embargo, en Colombia es un tema emergente del que aún no se tienen muchas investigaciones. Además, en la Universidad del valle se encuentran estudios sobre musicoterapia, pero solo a nivel teórico y no se hayan intervenciones acerca de la musicoterapia y su influencia a nivel cognitivo y emocional en un paciente que padezca Alzheimer.

Además, se dejan abiertas las posibilidades para seguir indagando sobre ello, hacer estudios, investigaciones y demás, en tanto que es una realidad actual que aqueja no solo a quienes la padecen sino a familias enteras y es una problemática que compete a toda la sociedad. A nivel mundial, según los datos demográficos de la OMS (2012) la enfermedad de Alzheimer acapara entre un 60% y un 70% de los casos de demencia, siendo la EA la demencia degenerativa más común. Otro dato que consideramos importante es que “en el mundo entero hay unos 35,6 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos” (OMS, 2012), lo que ha cambiado el significado de la enfermedad pues ya no solo compete a quien la padece

sino que se ha convertido en un riesgo de características pandémicas para toda la sociedad, lo que hace importante encontrar medios terapéuticos para hacerle frente. En cuanto a Colombia, según Sánchez (Sánchez, 2010) se estima una prevalencia de 1,8 y 3,4% de adultos mayores con esta enfermedad. Una cifra inferior al de otros países latinoamericanos como Perú 6.7 % y Venezuela 8%(4,5), mientras que en Argentina y Brasil la prevalencia es de 11.5% y 5,3% respectivamente (6,7).

2. METODOLOGIA

Se realizó un estudio de caso descriptivo-exploratorio de corte longitudinal con una duración de tres meses con una paciente diagnosticada con demencia tipo Alzheimer que se encuentra en fase leve. El fin de este estudio de caso además de comparar el estado cognitivo y emocional antes y después de la intervención, fue el de mejorar su calidad de vida tanto a nivel cognitivo como emocional –incluyendo en esta esfera a la familia-, con el propósito de que la evolución de la enfermedad sea más lenta. En este sentido, este primer trabajo exploratorio tiene también la intención de que se hagan futuras investigaciones con mayor profundidad ya sea de manera individual o grupal.

2.1 Paciente

Para este estudio de caso se tomaron tres criterios de inclusión del paciente, quién debía:

1) Estar diagnosticado con demencia tipo Alzheimer, 2) Encontrarse en la fase leve de la enfermedad y 3) Tener un núcleo familiar estable/reconocible.

El sujeto participante es de sexo femenino, tiene sesenta y seis (66) años de edad, su escolaridad es de quinto grado (5º) de primaria y fue diagnosticada en Noviembre de 2008 con demencia tipo Alzheimer. Dentro de sus antecedentes se menciona que tuvo una parálisis cerebral a los cuatro años de edad y por recomendación médica no se debía forzar cognitivamente, sin embargo tanto en su desarrollo cognitivo como en el funcional no se evidenció ningún tipo de retardo o incapacidad en la medida en que siempre se desenvolvió de manera autónoma a la hora de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria a excepción de los últimos meses, en los cuales según su hija, “por pereza, ya no quería ni ir al baño sola”. Desde su actual diagnostico ha asistido a control médico por psiquiatría, con manejo farmacológico con Memantina y Trazodona.

Toda su vida la dedicó a su hogar, estuvo casada pero su esposo falleció hace 12 años. Dentro del grupo familiar se encuentran dos hijas mayores de edad, una nieta y el hermano. Vivió hasta la fase final de la intervención, con una de sus hijas, sin embargo era visitada frecuentemente por su hermano, su otra hija y su nieta. Actualmente y desde

finales de mayo de 2014, vive en un hogar geriátrico en donde antes solía pasar las tardes, pasa la mayor parte del día con una persona que es su cuidadora, la cual ha sido contratada por su hija, dentro de este asiste a sesión de terapia ocupacional una vez por semana.

La paciente se definió como una persona empática desde niña, nació en una familia conformada por sus padres y tres hermanos, por lo cual creció rodeada de figuras masculinas, sobre las que siempre sintió gran respeto. Manifestó sentirse desde sus primeros años dentro de una familia estable, en la cual siempre se siguieron los estándares del modelo de familia tradicional, tuvo una adolescencia en la cual no hubo mayores dificultades, según ella comentó tuvo una vida muy normal, como manifestaba “no como en los tiempos de ahora, antes uno si se portaba bien” con amigos y amigas, nunca consumió sustancias psicoactivas que alteraran su comportamiento y/o conducta, estudio hasta la primaria y tuvo un primer novio que más adelante sería su esposo y padre de sus dos hijas.

Según comentan sus hijas, su mamá hasta que diagnosticada con Alzheimer, era como cualquier otra ama de casa, realizaba todas sus labores y era completamente funcional. Se dedicaba a los oficios del hogar y en alguna ocasión dio clases en un jardín infantil (pese a no tener la preparación académica para ello), refirió sentir empatía por los niños desde que estaba muy pequeña, y que le hubiese gustado haber sido profesora.

En cuanto a las relaciones personales, la paciente refiere que siempre se llevó mejor con su hija menor, (con la cual a su vez se llevaron a cabo las intervenciones familiares de fin de mes), sin embargo sus hijas manifestaron que desde que su mamá fue diagnosticada con Alzheimer fue más difícil relacionarse con ella, puesto que en ocasiones su carácter se tornaba irritable, y preferían optar por dejarla sola, o esperar a que se le pasaran esos momentos de rabia para posteriormente intentar calmarla.

Por otro lado, inicialmente tuvo una buena relación con su yerno, pero refiere la paciente que a través de los años y de conocerlo mejor, esta relación se deterioró considerablemente, que no sentía empatía con él. Tanto su hija como su yerno, atribuyen dicho cambio a la enfermedad, y que dado que en algunos aspectos funcionales de actividades básicas la paciente se mostraba renuente, y su yerno le insistía en que las realizara por sí misma, esto pudo haber ocasionado cierta apatía hacia él.

A partir de la enfermedad de la paciente, la situación familiar se hizo más complicada, donde refería en ocasiones la hija, sentía un ambiente tenso de ambas partes (esposo, y mamá), a partir de las intervenciones se logró reducir considerablemente dicha tensión utilizando como instrumento mediador a la música, cuyo efecto per se, generó en todos los miembros de la familia (Paciente, hija y yerno) un cambio positivo, permitiéndoles relacionarse con menor hostilidad, escuchándose más el uno al otro, y comunicándose de manera más asertiva.

2.2 Instrumentos

Se hizo una evaluación inicial (pre) y final (post) del nivel cognitivo a través de la batería neuropsicológica CERAD-Col adaptado por el grupo de neurociencias de la universidad de Antioquia, conformada por varias pruebas entre las que están: prueba de ejecución visual continua, fluidez verbal (semántica y fonológica), praxis constructivo-gráficas (copia de la Figura de Rey), denominación (Test de vocabulario modificado de Boston), memoria (lectura/codificación, evocación diferida y reconocimiento de una lista de 10 palabras). Por otro lado se evaluó la parte emocional a través del test de depresión de Yesavage y la escala de Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (ADRQL), la cual fue diligenciada por su familiar más cercano, su hija. Dicha escala, consiste en un cuestionario dividido en cinco categorías, que son: Relaciones con otras personas, identidad personal y de personas importantes, conductas estresantes, actividades cotidianas y comportamiento en el lugar de residencia. Es importante mencionar que las investigadoras fueron observadoras participantes durante todo el proceso.

Los materiales utilizados en la intervención fueron: instrumentos musicales, música grabada y los recursos corporales de la paciente. También se utilizó una grabadora para reproducir algunos sonidos y canciones durante las sesiones. Además, para efectos del registro del material audiovisual se utilizó una video-cámara y se diseñó una rejilla de observación con el fin de organizar la información obtenida.

Instrumentos musicales: Piano, guitarra, triangulo, pandereta, maracas, castañuelas y flauta dulce.

El cuerpo: Los movimientos que puede producir la música y la gestualidad inmersa en ellos se llevan a cabo de la expresión corporal, como lo dice Benenzon (1984) "El cuerpo humano es el instrumento musical más completo en todas sus dimensiones." pag.87

2.3 Evaluación

Con el fin de realizar un paralelo entre el estado pre y post intervención, se buscó evaluar cómo estaba el grado de conservación de las funciones cognitivas y cómo se encontraba la calidad de vida de la paciente a raíz de la demencia que padece y los cambios que se produjeron a lo largo de los tres meses que duró la intervención, las funciones que mejoraron o no y cómo se produjo este cambio (en caso de haberlo)

2.3.1A nivel cognitivo:

Se utilizó el protocolo de demencias de la universidad de Antioquia, la batería adaptada a Colombia CERAD-Col, que consta de un set de pruebas neuropsicológicas que se detallan en la siguiente tabla:

Prueba	Aplicación	Calificación
1.Fluidez verbal	El sujeto debe nombrar el mayor número de animales distintos que recuerde en un lapso de un minuto. Se anotan todas las palabras que dijo el sujeto	Palabras correctas (animales) valen 1 punto. El número correcto de palabras es la puntuación total de la prueba. Repeticiones o palabras inválidas no cuentan.
2.Denominacion	Por 10 sg. (máximo) Se le enseña al sujeto una imagen, y así continuamente una serie de imágenes que él debe nombrar.	Cada respuesta correcta vale 1 punto. La denominación puede ser de alta, media o baja frecuencia. Las 3 sumadas son el total. Puntaje

		máximo:15
3.Memoria de lista de palabras	Se le enseñan al sujeto 10 palabras impresas que debe leer en voz alta para posteriormente recordarlas.	Cada palabra recordada correctamente vale 1 punto. La sumatoria debe dar 30 puesto que son 10 palabras en 3 ensayos.
4.Praxias construccionales	El sujeto debe hacer la copia de algunas figuras geométricas que se le muestran (circulo, rombo, rectángulos superpuestos y cubo)	Se puntúa de acuerdo a los parámetros establecidos para la prueba
5.Reuerdo de listas de palabras	El sujeto debe decir las palabras que logre recordar de la lista presentada anteriormente.	Se numera cada palabra y se copia el total de las palabras correctas, intrusiones y perseveraciones.
6.Reconocimiento de lista de palabras	Se le muestran 20 palabras escritas dentro de las cuales hay 10 ya mostradas anteriormente, se le pide que discrimine las palabras que había visto antes y cuáles que no.	Cada SI y NO correctos vale un punto.
7.Evocacion Praxias constructivas	Se le pide a la paciente que dibuje nuevamente las figuras que había hecho anteriormente.	<i>La puntuación</i> es de acuerdo a los parámetros establecidos por la prueba.
8.Test de rastreo	(TMT parte A): se le pide al sujeto que siga una secuencia numérica, uniendo cada item con líneas sin levantar el lápiz y lo más rápido posible (números del 1 al 24). Hay	Se puntúa el número de aciertos y errores, y el tiempo de ejecución. Puntuación máxima: 24

	un tiempo máximo de 5 minutos (300 segundos).	puntos
--	---	--------

2.3.2 A nivel emocional:

Se utilizó la ficha músico-terapéutica, que era un primer acercamiento con la paciente para indagar acerca de su historia cultural: gustos y rechazos musicales, (ver anexo 1) Todo ello para saber cómo se iba a proceder en las siguientes sesiones. También, se utilizó la testificación del encuadre no verbal propuesta por Benenzon (1981), la cual permitió lograr un primer acercamiento y desarrollar en base a ello las siguientes sesiones. Fue posible medirla a través de la Evaluación vincular-sonoro-musical propuesta por Villamizar (2007) (ver anexo).

Se realizó el encuadre no verbal que junto con la ficha musicoterapéutica de la paciente nos permitió indagar más sobre la vida personal de la misma. Dicho encuadre nos dejó conocer más acerca de las formas de relacionarse que utiliza la paciente. Para ello se le suministraron ciertos instrumentos de percusión simple y se observó todo el proceso de interacción que tuvo tanto con ellos como en la relación musicoterapeuta-paciente, paciente-familia, cuando se presentó la dinámica en el entorno familiar.

Música grabada: Se utilizó inicialmente en algunas sesiones y posteriormente en casi todas, donde se requería suscitar el recuerdo de la paciente, a medida que pasaron las sesiones se convirtió en un elemento que no solo permitía a la paciente recordar, sino relacionarse tanto con familiares como con terapeutas, y en un instrumento generador de emociones en la paciente.

2.4 Protocolo de intervención

Procedimiento:

A nivel cognitivo con la técnica musical el protocolo a seguir fue el siguiente:

La intervención se llevó a cabo durante tres meses, con un total de 66 sesiones, cinco días a la semana (sin incluir sábados y domingos). Una sesión por día con duración de una hora. Las dos primeras sesiones fueron de carácter preparatorio, exploratorio y evaluativo en las cuales además de conocer e indagar más sobre la paciente, se evaluó su estado inicial a nivel cognitivo a fin de conocer cuál era el nivel de deterioro de su Memoria episódica, lenguaje corporal y Atención selectiva, y por el lado emocional se evaluó su calidad de vida.

Al final de cada mes, se dedicaron 2 sesiones a la interacción familiar, todo dentro de la escena musical, y al terminar toda la intervención (sesión 64 y 65) se hicieron las evaluaciones post-intervención que nos permitieron dilucidar hasta qué punto la paciente presento o no mejorías en los aspectos estimulados.

Protocolo de Intervención:

SESIONES	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO
Sesión 1: 4 de marzo de 2014	Presentación y socialización	Conocer e indagar más sobre la paciente, aplicación del test calidad de vida y creación de la canción de saludo y despedida.
Sesión 2: 5 de Marzo de 2014	Evaluación cognitiva	Aplicación de la batería Cerad-Col para valorar funciones cognitivas de la paciente. Escala Yesavage de depresión y test de funciones cognitivas.
Sesión 3: 10 de Marzo de 2014	Evaluación sonoro-musical	Se hicieron las preguntas de la ficha músico-terapéutica con ayuda del familiar a cargo y se hizo la testificación del encuadre no verbal con la que se llenara la evaluación sonoro-musical. Para hacer el encuadre no verbal, el observador ha

		organizado dentro del cuarto de terapia instrumentos de percusión, melódicos y rítmicos. En el espacio, Un piano y una guitarra sostenidas, sobre la mesa, un triángulo, pandereta, maracas, castañuelas, una flauta dulce y una grabadora. Posteriormente se le explica al paciente que estaremos durante una hora en ese cuarto con los instrumentos (se le muestran los instrumentos) y que se grabara la interacción libre que tiene con cada uno de ellos, durante aproximadamente veinte minutos se observa. Luego se le dará la siguiente consigna: “usted va a escuchar algunos sonidos (el tic tac de un reloj, el sonido de una flauta dulce, música clásica y música electrónica), la idea es que continúe actuando como hasta el momento lo ha hecho”. Se esperaran cinco minutos entre el espacio de un sonido a otro, esto para ver las relaciones que hace el paciente con los instrumentos al escuchar los sonidos. Se finaliza la sesión preguntándole al paciente como se siente y cantando la canción de despedida. En esta sesión se pretende conocer la historia sonoro musical del paciente, además se empieza a crear un vínculo emocional paciente-terapeuta, también permite crear nuevos canales de comunicación entre el paciente y la música (Benenzon, 1981). Dando así elementos para completar la evaluación sonoro-musical.
Sesiones 4 a la 20: 11 de Marzo al 2 de Abril de 2014	Intervención	Las sesiones constaran de tres momentos cada una, siempre con el mismo orden al igual que la disposición espacial de los instrumentos, puesto que la memoria del paciente podría fortalecerse ya sea por habituación o porque realmente se llegue a tener el recuerdo, lo que precisamente servirá para indagar sobre el fortalecimiento de su memoria. En un primer momento, el terapeuta creara algunos ritmos y dará un instrumento al paciente dejando que él interprete lo que le suscita el ritmo. Posteriormente el observador tocara

Sesiones 22 a 42: 4 de Abril al 2 de Mayo de 1014 De la 44 a la 62: 6 al 30 de Mayo de 2013		con un instrumento una canción (que según la ficha músico-terapéutica ya ha proporcionado) y observara las reacciones del paciente, sus gestos, movimientos, o quizás verbalizaciones. Finalmente se le pedirá que imite la canción escuchada o en otros casos que nos cuente si la canción le trajo algún recuerdo o pensamiento. Cabe resaltar que a medida de que vayan avanzando las sesiones se incluirán canciones de la época donde se motive al recuerdo de la paciente por medio del vínculo emocional que creo a partir de esa canción. También que componga algún verso esto favorecería la autonomía personal del paciente. (para conocer las actividades de fortalecimiento cognitivo, ver el apartado 2.3.2 Estimulación cognitiva)
Sesión 21: 3 de Abril de 2014 Sesión 43: 5 de Mayo de 2014 Sesión 63: 2 de Junio de 2014	Acompañamiento familiar	Se hará una integración con la familia y su cuidadora, donde serán ellos quienes guíen la intervención con nuestra ayuda y supervisión. Llevaran a cabo la misma estructura de las otras sesiones pero con la libertad de generar algún tipo de danza o canto con la paciente.
De la 64 a la 65: 3 y 4 de Junio de 2014	Evaluación cognitiva Post intervención	Se aplicaran nuevamente las pruebas Cerad-Col para evaluar los resultados de la intervención a nivel cognitivo y establecer el paralelo entre el estado cognitivo inicial y actual de la paciente.
Sesión 66: 5 de Junio de	Sesión de cierre	Se llevará a cabo una charla entre familia-paciente y terapeutas donde se hará una valoración de la intervención por parte de la paciente y su familia donde nos dirán puntos

2014		a mejoran y fortalecer como también falencias que se tuvieron durante la intervención. Se le brindará un espacio a la paciente para que exprese libremente sus observaciones acerca del proceso de intervención.
------	--	--

Para tener en cuenta:

- Tres meses, una hora diaria, cinco días a la semana.
- En todas las sesiones se cantó la canción de saludo y despedida.
- El orden en que estaban los instrumentos, fue el mismo orden que tuvieron durante toda la intervención.
- El encuadre no verbal se llevó a cabo en todas las sesiones (ver anexo 3), al igual que la rejilla de observación (ver anexo 4) en la que se registró el desempeño de la paciente a nivel cognitivo y emocional durante cada sesión.
-

2.5 Estimulación cognitiva:

En cada sesión se trabajaron las tres funciones cognitivas: Atención sostenida, Memoria episódica y lenguaje corporal, mediante dinámicas que involucraban la actividad musical. El orden del fortalecimiento de las funciones cognitivas tuvo variación, misma que se dio conforme se desarrollaron las sesiones.

2.5.1 Atención Sostenida:

La parte específica de la atención que se estimuló fue la atención sostenida, a través de la cual se buscaba que la paciente lograra mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea en específico y llevarlos a cabo.

La consigna era la siguiente: “Con los ojos cerrados, usted escuchará determinados sonidos musicales emitidos por los instrumentos que se encuentran en el salón. La tarea que debe realizar es identificar de qué instrumento proviene determinado sonido. Esto se realizara por espacio de cinco minutos y acto seguido se alternaran los sonidos, es

decir se mezclaran entre dos o tres instrumentos y se le pedirá que identifique la mayor cantidad posible, en el orden en que se toquen”

Inicialmente se le pidió que identificara la mayor cantidad de instrumentos posibles y después de varias sesiones se incrementó el nivel de dificultad pidiéndole que de ser posible, los recordara en el orden en que le habían sido presentados.

2.5.2 Memoria episódica:

Primera consigna: Se le dijo a la paciente que a través de la música y específicamente de una canción, se iba a realizar un ejercicio de memoria. Se le suministró la letra de una canción, generalmente de los ritmos con los que ella tenía una mayor empatía y se le pidió que la leyera más de una vez detenidamente, y que intentara recordarla. Acto seguido se colocaba la canción y ella debía cantarla.

Inicialmente pudo ayudarse con la hoja que contenía la letra, posteriormente se le retiró la letra de la canción y se le hicieron diversas preguntas sobre el contenido de la misma.

Por ejemplo:

¿Cuál es el tema de la canción?

¿Quién canta la canción? (Hombre, mujer, grupo)

¿Cuántas veces se repite el coro?

¿Cómo inicia la canción?

¿Cómo finaliza la canción?

Segunda consigna: Con la misma canción, se realizó la segunda actividad que consistió en proporcionarle una hoja con la letra de la canción con espacios en blanco, los cuales ella llenó habiendo memorizado dentro de sus posibilidades.

Lenguaje corporal:

Si bien es cierto que muchos pacientes pierden el habla con el deterioro progresivo de sus funciones cognitivas superiores, el ideal es que cuando la enfermedad avance hasta

su punto más álgido, ellos puedan servirse de otras estrategias para poder darse a entender y/o comunicar. Así a través de la música se esperó que la paciente diera cuenta de lo que quería expresar.

La consigna era que a través de la capacidad de inventiva de la paciente, es decir de su libre accionar enmarcado en el escenario musical que le fue puesto a disposición, escogiera las herramientas que mejor considerara (como instrumentos musicales, canciones, ritmos, etc.) para contar algo a los observadores (terapeutas y/o familiares), que pudiera dar cuenta de esta historia mediante la música, ya fuese cantando, bailando, pero la idea era que el mensaje pudiera llegar a quienes intentaba transmitirlo. Las observadoras le guiaron en cuanto a aspectos técnicos de la dinámica.

2.5.3 Estimulación emocional:

Se realizó a través de la interacción libre tanto con los instrumentos, como con las personas que realizaron la musicoterapia y con la familia cuando hubo sesiones grupales, al final de cada mes. El encuadre no verbal que se hizo en todas las sesiones registró sus comportamientos y permitió indagar más en los aspectos de orden emocional de la vida de la paciente.

Podremos observar sus inhibiciones, sus bloqueos, sus dispersiones, sus estereotipos, sus impulsos, sus deseos, a través de una u otra manifestación sonoro-musical o a través de la elección de uno u otro instrumento, como así también el vínculo que se establece con el musicoterapeuta. (Benenzon, 1981. Pag.20)

La consigna que se le dio a la paciente fue la siguiente: Al ingresar al cuarto ya se encuentran los instrumentos organizados de manera que en ese instante hay una estimulación específica, se le explicará a la paciente que vamos a estar juntas por espacio de una hora y que dedicaremos quince minutos de la sesión para explorar y observar cómo es su interacción y sus posibilidades de comunicación a través de la música, qué tipo de acciones posibilita en ella esta interacción y de qué manera se comunica haciendo uso del lenguaje corporal. Todo ello quedará registrado en la rejilla de observación para su posterior análisis. (Ver anexo 4).

Acto seguido se le dio una segunda consigna:

“Usted va a escuchar algunos sonidos (el tic tac de un reloj, el sonido de una flauta dulce, música clásica y música electrónica), la idea es que continúe actuando como hasta el momento lo ha hecho”. Se esperaron cinco minutos entre el espacio de un sonido a otro, esto para ver las relaciones que hizo la paciente con los instrumentos al escuchar los sonidos.

“Se dejara libre al paciente y se observaran todas su manifestaciones. Los instrumentos que toma, la forma como lo hace, si emite sonoridad, los ritmos o melodías que interpreta, sus gestos, las asociaciones, las canciones, las sensaciones contra transferenciales que despierta, etc. Esto puede durar unos veinte minutos, dependerá del material que el paciente pueda brindar y del estado de ansiedad que despierte la testificación” (Benenzon, 1981. Pag.122).

3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Durante las intervenciones las esferas cognitivas se veían afectadas o no, de acuerdo al estado emocional de la paciente, al vínculo que desarrollo día a día con las terapeutas y al estado de ánimo en que se encontraba; así, sus funciones cognitivas mejoraban, permanecían; cambiaban o tenían un retroceso.

En la siguiente tabla se muestra de manera sintética como las esferas cognitivas fueron permeadas por lo emocional, según lo evidenciado en la paciente durante la intervención musicoterapeutica (los resultados completos se encuentran en anexo).

EMOCIONAL COGNITIVO	RELACIONES AFECTIVAS
	La esfera cognitiva más permeada por lo emocional fue la atención sostenida. Cuando encontraba en la intervención un hecho que le recordara una emoción positiva, ella, en la mayor parte de la intervención respondía de

ATENCION SOSTENIDA	manera asertiva, no se distraía con facilidad. Su foco atencional era en los instrumentos, las canciones de ese día y aportaba ideas sobre lo que se podría hacer en futuras intervenciones. Preguntaba, innovaba y mostraba su agrado frente a las tareas asignadas. Por otro lado, cuando el estado de ánimo de la paciente no era el adecuado, presentaba enfado o tristeza, su atención disminuía, a tal punto que en algunas ocasiones decide dormir, comer, ver tv o charlar en vez de la intervención.
MEMORIA EPISODICA	Esta esfera cognitiva se veía activa cuando los diferentes sonidos le evocaban un recuerdo agradable o no. Esta evocación se veía relacionada la mayor parte con su familia y solo cuando se encontraba de buen ánimo, podía fortalecerse aquella memoria explícita por repetición como nombres de las hijas, de las terapeutas, canciones y lugares. Hallando una forma de almacenar nuevos recuerdos.
LENGUAJE CORPORAL	Esta esfera solo se evidencio cuando la paciente estaba de buen ánimo. Sus gestos eran de bailar e invitar a las terapeutas, aplaudir tratando de llevar el ritmo e incluso llamar a su hija para que la acompañara con las palmas. Cuando la paciente no estaba de buen ánimo, su lenguaje corporal era distante, se quedaba quieta y sin movimientos voluntarios.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la prueba cognitiva aplicada, cerad – col.

3.1 RESULTADOS

3.1.2 Protocolo CERAD-COL y pruebas complementarias

FUNCIONES COGNITIVAS	PRE	POST
Minimental	La paciente presenta deterioro cognitivo moderado.	La paciente presenta deterioro cognitivo moderado. Mejora en el componente atencional.
Memoria verbal	-Denota fallas atencionales. -Bajo volumen de aprendizaje. -Fallas de control cognitivo en el recuerdo. -Déficit Evocativo. -Inestabilidad de la huella mnémica. -Intrusiones en evocación de figuras geométricas simples -Perseveracion patológica.	-Mejoría de fallas atencionales. -Persiste déficit evocativo. -Para recordar hay un beneficio de la familiaridad con las palabras. -Persiste falla de evocación pero no tan perseverativa.
Praxis	-Fallas de coordinación visomotora y poca planeación de la actividad gráfica.	-Deterioro de capacidad de operación grafo-motora. No se presentan cambios evidentes.
Lenguaje	Normal	Mejora
Funcionamiento Ejecutivo	-Dificultades en la memoria de trabajo. -Muchas fallas en la fluidez verbal fonológica. -Se evidencian errores radiales. Fallas atencionales. -Cuando el test se presenta mejor estructurado su desempeño atencional mejora.	-Dificultades en la memoria de trabajo. -Mejoría evidente en la fluidez verbal fonológica. -Mejora atencional evidente en su desempeño.
Habilidades Perceptivo-espaciales	Mejor capacidad de memoria operativa viso-espacial que verbal.	Mejor capacidad de memoria operativa. Deterioro de memoria viso-espacial

3.2 Escala de depresión YESAVAGE (Ver anexo 6)

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la escala de depresión Yesavage, incluida en el Cerad. Donde presenta una depresión moderada en el pre con una puntuación de 7 sobre 15 puntos y en el post una depresión normal con una puntuación de 1 sobre 15 puntos.

Puntuación:

0-15: Normal.

6-10: Depresión moderada.

11-15: Depresión severa.

Tabla de comparación:

PREGUNTAS	PRE	POST
1. Esta Ud. básicamente satisfecho con su vida?	<u>NO</u>	SI
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades?	<u>SI</u>	NO
3. Siente Ud. que su vida esta vacía?	<u>SI</u>	NO
4. Se siente Ud. Aburrido frecuentemente?	SI	NO
5. La mayoría del tiempo esta Ud. De buen ánimo?	<u>NO</u>	SI
6. Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	NO	NO
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	<u>NO</u>
8. Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?	NO	NO
9. Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	NO	NO
10. Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?		
11. Cree Ud. Que es maravilloso estar vivo?	SI	SI
12. Se siente inútil o despreciable como esta Ud. actualmente?	<u>SI</u>	NO

13. Se siente Ud. Lleno de vida?	SI	SI
14. Se siente sin esperanza ante su condición actual?	<u>SI</u>	NO
15. Cree Ud. Que las otras personas están en general, mejor que Ud.?	NO	NO
TOTAL	7	1

3.3 CALIDAD DE VIDA (Ver anexo 7)

En la siguiente tabla se presentan los resultados que se obtuvieron con respecto a la escala de calidad de vida. De acuerdo a las aplicación inicial y final de la misma.

CALIDAD DE VIDA	Aplicación inicial y final
RELACIONES CON OTRAS PERSONAS	Se evidencia que al final de la intervención, la paciente presenta una empatía frente a los niños y algunas mascotas, lo cual se infiere que es porque en la casa hogar, interactuaba con la hija (5 años) de la dueña de este sitio. En cuanto a agresividad con las personas, hablar por teléfono, no poner atención a otros, la hija alude que continuaban igual.
IDENTIDAD PERSONAL Y DE PERSONAS IMPORTANTES	En esta categoría se puede dar cuenta que hubo altibajos en la paciente en cuanto a hablar de las actividades que hace diariamente; se evidencio una mejoría. Así mismo, en los intereses por acontecimientos de su pasado y expresión de creencias o actitudes, se infiere que fue por la

	intervención musical y el componente emocional en cada una de las sesiones. Influenciado así, por la repetición de su nombre, al que al final de la intervención respondía al primer llamado, cosa que al inicio no se demostraba. También, en esta categoría se evidencio el deterioro progresiva de la enfermedad y la “aceptación de la misma”, ante el enfado por sus limitaciones de memoria que inicialmente al no ser consiente de ella, mostraba enojo. Sin embargo al final de la intervención, la familiar alude que la paciente ya no presenta tantos enojos como antes por sus olvidos.
CONDUCTAS ESTRESANTES	Inicialmente presenta más conductas estresantes, muestra retorcijones de manos, gritos y golpes a sus cuidadores, después muestra una dispersión de estas conductas. En esta categoría también se muestra el deterioro progresivo de la enfermedad, ya que inicialmente la paciente se mostraba indiferente ante ayudas como bañarse o vestirse y en el final de la intervención, se muestra de acuerdo con este tipo de cosas. Sin dejar de lado que su estado de humor tuvo una mejoría, evidente. Lo cual se vio en los chistes que hacía o hacíamos, la forma de recibirnos y recibir a sus familiares o cuidadoras.
ACTIVIDADES COTIDIANAS	En esta categoría se muestra un cambio en la participación dentro de un grupo determinado (adultos mayores) y tranquilidad frente a las

	mismas. Sin embargo, continúa con ganas de dormir o sin querer hacer muchas cosas en la mayor parte del tiempo, excepto si son actividades donde ella participe activamente.
COMPORTAMIENTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA	En esta categoría se evidencia el cambio significativo que hubo para la paciente emocionalmente, ya que ella pasa a vivir a un hogar geriátrico. Inicialmente quería salir e irse de la casa de su hija pero en el cuestionario final la familiar evidencia que la paciente quiere quedar en su casa actual (el hogar geriátrico), no salir sino quedarse con sus compañeros. Aunque continúa mostrando enfados constantemente.

3.4 Síntesis de resultados de la intervención

En el siguiente esquema se presentan de manera sintética los avances o retrocesos significativos a nivel tanto cognitivo (Atención, Memoria Episódica y Lenguaje Corporal) como emocional, que la paciente evidenció a través del proceso de intervención musicoterapéutica.

Categorías Fechas	Atención sostenida	Memoria episódica	Lenguaje Corporal.	Relaciones emocionales (vínculo afectivo)
---	--------------------	-------------------	--------------------	---

Sesión 6: Palmira, 13 de marzo de 2014	Retroceso: No logró concentrarse completamente. Interrumpía constantemente los ejercicios, necesitó ayudas fonéticas y visuales para realizar las consignas en las que debía identificar ciertos instrumentos, identificar determinados ritmos, llevar determinados tiempos.	Su capacidad de recordar se vio fortalecida por el tipo de vínculo afectivo. Puntualmente con las terapeutas, la paciente expresó que se le hizo más fácil aprender sus nombres. Recordó los nombres y los diferenció. Así mismo con las canciones y sonidos que le sonaron familiares se presentó una evocación inmediata del recuerdo.	Utilizó su corporalidad de manera que logró dar a entender lo que pretendía comunicar, utilizó los gestos para expresarse y manifestar su estado de ánimo. Fue expresiva y se acompañó de sus gestos para comunicarse.	La hija de la paciente refirió que tuvo discusiones con su madre por problemas familiares, que la notaba irritable y aburrida. Se evidenció que el estado de ánimo influyó notablemente en el desempeño funcional de la paciente, en tanto no logró concentrarse completamente y continuamente hizo referencia a los problemas con su hija.
Sesión 9: 18 de Marzo de 1014 Inclusión de nueva	Avance: La paciente evidenció un estado de alerta durante toda la	En la evocación de sonidos de instrumentos recordó varios de estos: piano,	La paciente se mostró expresiva durante esta sesión, su corporalidad	La paciente se mostró receptiva y dispuesta a la intervención. Se evidenció un

actividad (evocación de instrumentos con los ojos cerrados)	sesión. Se mostró receptiva a la nueva consigna de identificar los instrumentos musicales con los ojos cerrados, mediante el sonido, cuando se le preguntó si se le repetía de nuevo la consigna refirió que no, que la había entendido. Logró identificar la mayoría de los instrumentos solo escuchando el sonido.	guitarra, flauta, en los demás se siguieron presentando intrusiones. Recordó el nombre de las terapeutas pero no identificó cual nombre pertenecía a quien. Cuando se le preguntó por la letra de la canción “la cucaracha” en la que usualmente presentaba intrusiones, logró cantarla completa, no presentó intrusiones ni perseveraciones.	continúo permitiéndole comunicar sus emociones e incluso comunicar con gestos lo que escapaba a las palabras: Puntualmente cuando se le pidió la evocación de los instrumentos con los ojos cerrados, para ayudarse a recordarlos usó la estrategia de emular como se toca la guitarra y la flauta.	estado de ánimo eufórico, sonrió constantemente, se mostró en confianza con las terapeutas. Cuando escuchó canciones que le eran familiares se remitió a experiencias de su pasado, y manifestó alegría al recordarlas.
Sesión 13: Palmira, 24 de Marzo de 2014	Retroceso: No logró estar atenta durante toda la sesión, se dispersó una	Recordó una cantidad menor de instrumentos en relación a días anteriores.	No se mostró expresiva durante esta sesión, sin embargo su corporalidad dio	En esta sesión nuevamente se pudo evidenciar que el estado de ánimo es una

	mayor cantidad de veces de las que estuvo atenta. Constantemente hubo que repetirle las consignas, no logró terminar la consigna de evocación de instrumentos	Logró recordar el final de la canción “la cucaracha” sin ayuda fonética Y/o visual. Recordó el nombre de las terapeutas. Necesitó ayuda fonética y mirar la letra en ocasiones para cantar la canción de inicio y de despedida. No recordó el nombre de las terapeutas: Las llamó “Adriana y Carolina”	cuenta de que su entusiasmo se redujo en relación a sesiones pasadas, y de que su estado de ánimo decayó de igual manera.	característica influyente en lo que concierne al rendimiento y atención en las tareas propuestas, ya que aunque la paciente tuvo la disposición para ejecutar algunas actividades en las que estuvo mejorando, se presentó retroceso Constantemente recordó situaciones que le generaron algún tipo de molestia a lo largo del día por lo cual no logró concentrarse completamente y esto le generó frustración, por lo cual decidió no terminar la actividad.
Sesión 14 Palmira, 25 de Marzo de 2014	Avance: Siguió con facilidad los ritmos y los tiempos que	Se encontró un fortalecimiento de la memoria a corto plazo y un	Utilizó su corporalidad en mayor medida en relación a otras	La relación con las terapeutas se vio mediada por la confortabilidad, la

	marcaban las canciones. Se mostró atenta a las consignas que se le dieron e identificó que hubo un cambio en el orden de las consignas.	reconocimiento de la memoria episódica, se encontró que mientras escuchaba música que le era familiar y se le hacían preguntas, la paciente evocaba recuerdos con mayor facilidad Recordó el nombre de las terapeutas y las diferenció con dificultad (se tomó un tiempo prudencial para hacer la discriminación)	sesiones. Bailó, gestualizó y dio cuenta a través de sus movimientos de recuerdos que logró evocar con las canciones que le eran familiares.	confianza y el respeto. Atendió receptivamente a las consignas y sonreía cuando se le corregía. Cantó con agrado las canciones de inicio y de despedida y se despidió cariñosamente de las terapeutas. Cuando se indagó acerca de la relación con sus familiares manifestó que estaba normal, porque ellos la han dejado tranquila.
Sesión 18 Palmira, 31 de Marzo de 2014	Retroceso: La paciente no estuvo muy atenta a las consignas, pidió que le fuesen	Retroceso: Tuvo intrusiones a la hora de evocar los nombres de todos los	Se evidenció una marcada interacción con los instrumentos, en ocasiones hizo movimientos,	En esta sesión no tuvo tanto entusiasmo como en anteriores intervenciones. Comentó a las

	repetidas. A veces mencionaba una dificultad que tuvo en el hogar geriátrico y también con su familia y cambió el foco atencional. No logró identificar la mayoría de los instrumentos escuchando únicamente el sonido, necesitó verlos.	instrumentos. Presentó perseveraciones cuando debía identificar las maracas, las llamó castañuelas en los 3 intentos que se hicieron de evocación. Recordó el nombre de las terapeutas pero no logró diferenciarlas.	intentando bailar. Al contar historias tuvo leves movimientos de manos y una expresión facial que dio cuenta de su estado de ánimo.	terapeutas algunas dificultades que tuvo en la tarde en el hogar geriátrico
Sesión 21: Palmira, 3 de Abril de 2014 Acompañamiento familiar	Avance: La paciente evidenció alta recepción a las consignas, siguiendo el orden de las actividades a realizar: Cuando se le preguntó qué actividad es la que seguí dentro de la	Se realizaron todas las actividades en compañía de la hija: Logró cantar la canción de saludo sin mirar la letra y con poca ayuda fonética, tuvo evocación de instrumentos con más ayuda	La paciente sonrió constantemente, bailó cuando se le colocó la canción familiar, gestualizó y comentó historias en relación a dicha canción. Intentó bailar con su hija, constantemente haciendo alusiones a experiencias	La paciente se mostró efusiva y entusiasmada durante toda la sesión, dicho estado de ánimo incidió considerablemente en su desempeño funcional y cognitivo. Invitó constantemente a su hija a que

	sesión, dio cuenta de la mayoría, únicamente no recordó la evocación de ritmos (Jazz y tango). Identificó perfectamente todos los instrumentos con ayuda fonética.	visual que fonética, la evocación de sonidos familiares la hizo con ayuda de la hija, pudo recordar la canción “la cucaracha” identificó el nombre y dijo correctamente la letra, hubo en general identificación de instrumentos, evocación de canción de despedida con poca ayuda fonética. Identificación correcta de los ritmos: Jazz y Tango. Recordó el nombre de las terapeutas y logro diferenciarlas	pasadas.	realizara las actividades con ella, la invitó a cantar una canción familiar, se le percibió alegre toda la sesión

Sesión 23 Palmira 7 de Abril de 2014	Avance: La paciente evidenció un foco atencional sostenido: Escuchó con atención y ejecutó las consignas desde la primera orden dada. No fue necesario repetírselas, identificó la consigna de evocación de los instrumentos que no le fue dada a propósito.	Logró recordar el nombre de las terapeutas y de la mayoría de los instrumentos. Cantó bien la canción “la cucaracha” con poca ayuda fonética y sin ninguna ayuda visual. Recordó los ritmos Jazz y tango. Identificó las canciones que le eran familiares sin ayuda fonética	Bailó constantemente, gestualizó expresándose siempre que contaba algo y tocó los instrumentos interactuando constantemente con ellos. Cuando no podía identificar un instrumento utilizaba sus manos para imitar la forma del mismo y describirlo, buscando ayuda fonética para poder identificarlo.	Avance: La relación con las terapeutas se vio reforzada, recordó el nombre de las dos terapeutas, y las nombró constantemente sin confundirlas. Comentó que la relación con su hija ha estado mejor en comparación a días pasados. Por otro lado, indagó sobre la vida de las terapeutas, se mostró interesada en conocerlas más. Expresó que se sentía complacida de tener a las terapeutas como amigas, ya que de esta manera si tenía la atención que su familia no le daba antes.
Sesión 28 Palmira, 14 de	Avance: La paciente se	Avance: Logró recordar el	Su lenguaje corporal fue más	La paciente reflejó un estado

abril de 2014	mostró atenta a todas las consignas, incluso logró identificar que faltaba un instrumento, que se ocultó intencionalmente, la paciente logró identificar que faltaba, por lo cual se evidencia una mejora atencional. Siguió los ritmos de las canciones y se movió constantemente al ritmo de las mismas.	nombre de todos los instrumentos, algunos con ayuda fonética. Cantó bien “la cucaracha”, sin ninguna ayuda ni de tipo fonética ni visual. Recordó los ritmos Jazz y tango. Cantó con poca ayuda fonética las canciones de inicio y de despedida. Hubo un fortalecimiento de memoria episódica, puesto que por iniciativa propia dio cuenta de sus actividades en el transcurso del día. Cuando se le preguntó por los nombres de los compañeros del	fluido, se le notó sonriente, y constantemente tuvo contacto físico con las terapeutas. Hizo movimientos intentando bailar y cuando comentó como estuvo su día, aplaudía y gestualizaba de manera expresiva. Las canciones le generaron emociones que expresó a través de la misma música, bailando, estableciendo contacto físico con las terapeutas.	emocional estable, manifestó tener un poco de sueño pero que quería “estudiar” Tuteó a las terapeutas y las recibió con la canción de inicio sin que estas le dieran la consigna como habitualmente hacían. Comentó por iniciativa como le fue en el transcurso del día, habló de sus experiencias en el hogar. A nivel familiar comento que tuvo un día tranquilo, refirió que mientras “no se metieran con ella” ella no se metía con nadie, y que ella ya se acostumbró a que su hija no tuviera
-----------------------------	---	--	---	--

		hogar dio cuenta de ellos, además estuvo conversando sobre los alimentos que consumió, las actividades que realizó y refirió que tuvo un buen día. Recordó el nombre de las terapeutas y las pudo diferenciar.		tiempo para ella, pero que se alegraba porque la dejaba cantar y escuchar música con sus amigas (las terapeutas)
Sesión 32 Palmira 18 de abril de 2014	Retroceso: La paciente no logró estar concentrada durante la intervención. Pedía que se le repitieran constantemente las consignas, no logró completarlas, se dispersó fácilmente y constantemente. Identificó un número menor de instrumentos al	No logró evocar lo que las consignas le demandaban: No evocó ritmos, ni instrumentos, ni canciones. De hecho no ejecutó las consignas, simplemente las escuchó y continuó refiriendo que no quería “estudiar” ese día. Recordó el	Su lenguaje corporal continuó siendo expresivo: manifestó enojo y tristeza cuando comentaba sus problemas. En lo referente a la intervención no se mostró expresiva, ello porque no logró terminar las consignas que le fueron dadas. Su comunicación fue buena, pero no logró estar	La paciente se encontraba alterada emocionalmente porque continuó teniendo problemas con su hija. Manifestó que no deseaba “estudiar” ese día. No se mostró muy dispuesta ni receptiva a la intervención, continuamente sacó a relucir los problemas con su

	escucharlos con los ojos cerrados en relación a sesiones pasadas.	nombre de las terapeutas pero no las diferencié.	mediada por la música durante esta sesión.	hija. Refería no sentirse comprendida ni tomada en cuenta para nada.
Sesión 39 Palmira 29 de abril de 2014	Avance: Cuando se le preguntó a la paciente sobre las actividades a realizar, respondió acertadamente dando las consignas de manera correcta. Su atención se mantuvo durante toda la sesión, con poco refuerzo por parte de las terapeutas.	Logró cantar la canción de inicio de manera correcta sin ayuda fonética, con la canción de despedida necesitó ayuda fonética. Identificó correctamente los ritmos: Jazz y Tango. Con los instrumentos continuó presentando intrusiones pero menores en comparación a sesiones previas. Recordó el nombre de las terapeutas y logró diferenciarlas	Utilizó los instrumentos por iniciativa constantemente para cantar las canciones: de saludo, de despedida, “la cucaracha”. Sonrió constantemente, a veces a carcajadas. Bailó, aplaudió y gestualizó a la vez que cantó, incluso cuando no estaba dado en la consigna. Se mostró expresiva.	La paciente refirió encontrarse muy bien anímicamente porque su hija le había estado dedicando más tiempo y ya no tenía tantos problemas con su yerno como en anteriores ocasiones. Se mostró afectuosa con las terapeutas, bromeó con estas y las invitó a participar de las consignas, se mostró interesada durante toda la intervención

Sesión 43 Palmira, 5 de mayo de 2014 Acompañamiento familiar	Avance: La paciente sostuvo a lo largo de la sesión su atención, tanto en las consignas como en el proceder de las mismas, llevó un orden casi exacto a la hora de nombrar los instrumentos, tal vez por habituación.	Identificó la mayoría de los instrumentos musicales con los ojos cerrados, únicamente con el sonido, no presentó intrusiones. No necesitó ayuda fonética o visual para identificarlos. Identificó los ritmos con poca ayuda fonética. Recordó el nombre de las terapeutas y las diferenció	La paciente sonrió constantemente, cuando cantaba gestualizó y bailó, se le pudo notar con una expresión de alegría. Interactuó constantemente con los instrumentos de manera libre y aplaudió cuando intentaba bailar.	En esta sesión la paciente se vio con un buen estado de ánimo, se mostró afectuosa con las terapeutas, también continuó mostrándose notablemente entusiasmada, incluyente, activa y atenta dentro de las actividades. Tomó con agrado la intervención de su pariente y trató de realizar las actividades lo mejor posible.
Sesión 49 Palmira, 13 de mayo de 2014	Retroceso: La atención de la paciente fue dispersa, se hizo necesario repetirle en reiteradas ocasiones las consignas. No logró	Cuando se dio inicio a la consigna de evocación de instrumentos, la paciente presentó intrusiones entre estos, seguidos de	Su estado anímico se vio reflejado en su lenguaje corporal, sonrió en pocas ocasiones, no se le percibió expresiva, cuando debía cantar “la cucaracha”	La paciente fue informada de que iba a ser trasladada de manera permanente al hogar geriátrico, debido a que a su hija se le dificultaba cuidar de ella como

	completar ninguna de las consignas, sin ayuda de las terapeutas. Cuando se puso nostálgica al recordar situaciones de su pasado pide que se le repitan las consignas	perseveraciones. Logró cantar correctamente la canción “la cucaracha” sin ayudas fonéticas y/o visuales. No identificó los dos ritmos musicales usuales: Tango y Jazz, en lugar de ello tuvo una intrusión, dijo: “la cucaracha”	usualmente bailaba o tocaba algún instrumento, esta vez lo hizo casi sin cantar, hablado y no bailó o realizó algún movimiento en específico.	usualmente lo hacía. Esto, como en pasadas sesiones ha incidió en el desempeño funcional de la paciente. Interrumpía constantemente las actividades para volver sobre el tema de su traslado al hogar geriátrico.
Sesión 53: Hogar geriátrico. Palmira, 20 de mayo de 2014	Avance: La familia de la paciente decidió llevarla a un hogar geriátrico, donde las terapeutas continuaron con el acompañamiento. Fue así como luego de unos días en los que su atención era dispersa por los problemas familiares, la	Logró recordar el nombre de las terapeutas y de los instrumentos. No cambió partes de las letras de las canciones, las cantó bien. (canción de inicio, de despedida y “la cucaracha”) Se evidenció un fortalecimiento de la memoria episódica y	La paciente se percibió más tranquila, su expresión facial daba cuenta de un estado de ánimo más estable en relación a días anteriores. Sonreía, bromeaba, e interactuaba por iniciativa con los instrumentos, su expresión facial era de alegría.	Recibió a las terapeutas con un abrazo y les manifestó que le alegraba mucho verlas, que pensó que no iban a volver. Refirió que el cambio de casa fue para bien, que llevaba una relación cordial con sus pares y se sentía acompañada. Manifestó que el

	paciente se mostró atenta durante toda la sesión, logró llevar a cabo las consignas con las instrucciones que le fueron dadas. No fue necesario repetir la consigna completamente, la paciente logró identificarlas.	conservación de la memoria a largo plazo, evidenciado en que comentó historias de su pasado, cuando se le preguntó por los nombres de las personas de las que hablaba, los pudo recordar incluso fechas y años		cambio no fue abrupto en tanto ella ya estaba acostumbrada a estar ahí durante todo el día, y ahora sentía que pertenecía a dicho lugar. Manifestó estar bien con su hija, y que esta la visitaba constantemente.
Sesión 59 Palmira, 27 de mayo de 2014	No se evidenció una atención sostenida para la intervención, pero la paciente se mostró interesada en enseñar a las terapeutas su nuevo espacio, su cuarto, mismo que a su vez fue adecuado para la musicoterapia por iniciativa de la paciente	La paciente logró identificar la mayoría de los instrumentos musicales, continuó presentando intrusiones especialmente con las castañuelas, las solía llamar maracas. Identificó sin ninguna ayuda fonética o visual	Exploró y manipuló los diversos instrumentos, en ocasiones hizo movimientos, intentando bailar. Al contar historias hizo leves movimientos con sus manos y se percibió una constante expresión facial. Se mostró con mayor confianza	La paciente se notó tranquila, saludaba cariñosamente a las terapeutas, les preguntaba si seguirían yendo a visitarla y seguirían estudiando. Les comentó que esperaba que no se olvidaran de ella porque ellas (las terapeutas) eran las únicas amigas

	.	los sonidos que le eran familiares (un tic, tac, un pájaro, etc.) Identificó correctamente los ritmos (Tango y Jazz) Pudo recordar el nombre de las terapeutas y a su vez diferenciarlas	para expresarse corporalmente, tenía contacto físico continuamente con las terapeutas, especialmente cuando quería que le prestasen atención.	que tenía y con quienes la pasaba muy bien
Sesión 62: Palmira, 30 de mayo de 2014	Avance: Se mostró atenta y receptiva a las consignas que se le dieron, las realizó en el orden asignado. Identificó los instrumentos con los ojos cerrados, tuvo pocas intrusiones	Recordó la canción de inicio y de despedida con poca ayuda fonética, y sin ayuda visual. Logró cantar de forma correcta la cucaracha identificando el ritmo y sin tener intrusiones como en previas sesiones. Hubo un fortalecimiento de la memoria a corto plazo y un	Se mostró considerablemente expresiva en esta sesión, replicó los momentos que comentó de su juventud para darlos a entender a las terapeutas. Constantemente gestualizó y en ocasiones bailó. Cantó (canciones que no estaban dentro de las consignas), bailó, y gestualizó repetidamente	La paciente manifestó sentirse contenta y tranquila en su nuevo hogar, refirió que las atenciones que recibía eran las mejores. Agradeció a las terapeutas el haber continuado con el proceso y no haberse “olvidado de ella”. Manifestó estar bien con su hija, ya que ella la visitaba

		reconocimiento de la memoria episódica, fue así como constantemente se le preguntó por lo que había hecho en el día a día. Recordó el nombre de las terapeutas y las canciones.		constantemente y esto la hacía sentir bien. Invitó a las terapeutas a participar de las consignas
Sesión de 66: Palmira, 6 de junio de 2014 Cierre de la intervención en compañía de la familia	Avance: Cuando se le pidió a la paciente que dirigiera la sesión, logró recordar la mayoría de las consignas y las llevó a cabo en compañía de su hija y su yerno. Les explicó incluso como llevarlas a cabo y siguió en buena medida el orden de las mismas. Cuando debía	La paciente logró cantar la canción de inicio y la de despedida con muy pocos errores, y sin ayuda ni visual ni fonética. Identificó los instrumentos con poca ayuda fonética y ninguna ayuda visual. Para los ritmos, logró identificar los dos: tango y	Durante esta sesión se ve a la paciente sonriente, efusiva, con gestos cariñosos hacia las terapeutas y hacia su familia. En ocasiones lloró, cuando se le preguntaba por qué motivo, la paciente hacía referencia a que era un momento especial para ella, que se sentía acompañada y eso la hace sentir feliz,	La paciente se mostró conmovida, agradecida y dio cuenta de ello en su discurso. Hizo referencia a las terapeutas en un agradecimiento por haberle brindado una amistad. La familia de la paciente (Hija y yerno) también se mostró agradecida y alegre, conformes con la

	escuchar los instrumentos con los ojos cerrados, lo hizo con algunas intrusiones, su hija le proporcionó ayudas fonéticas. Se cambió el rol, y fue luego la paciente quien dirigió las consignas hacia su hija y su yerno, los ayudó fonéticamente cuando lo vio necesario	jazz. Con los sonidos familiares también logró identificación con pocas ayudas fonéticas.	abrazaba constantemente a las terapeutas, bromeaba con ellas y sonreía constantemente con sus familiares.	intervención. Manifestaron que emocionalmente veían a la paciente muy bien y que estaban agradecidos con el trabajo que se realizó durante estos meses.
--	---	--	--	--

4. ANÁLISIS

4.1 Nivel emocional

Los datos de la escala de depresión aplicada antes del inicio de la intervención, mostraron un perfil depresivo, caracterizado por múltiples quejas emocionales (véase escala de depresión pre- intervención) en las cuales la paciente manifestó un estado de inconformidad con su entonces actual estado de vida: específicamente frustración y sentimientos de tristeza. Al final de la intervención, la puntuación post da cuenta de un retroceso significativo en estas quejas emocionales, lo cual podría tener relación con el mejor desempeño en las tareas que requerían un control atencional sostenido.

El sentirse útil, con participación dentro de una actividad lúdica y dinámica, capacitada para realizarla por sí misma, sin asistencia de sus familiares, generó en la paciente un cambio considerable en la forma en que se percibe a sí misma. Dio cuenta de ello en su discurso a lo largo de las intervenciones, manifestando que se sentía contenta porque era una actividad suya, que cada vez que “estudiaba música” con las terapeutas estaba aprendiendo y eso le gustaba, y de ello daba cuenta con una actitud de disposición la mayor parte del tiempo. Mostró atención sostenida en las consignas que ya estaban estipuladas y a las nuevas que iban surgiendo. Sumado a ello durante las sesiones en las que era ella quien debía agenciar alguna actividad de la intervención, (por ejemplo cuando debía tocar los instrumentos libremente), se hacía notable no solo su estado de ánimo caracterizado por la efusividad de momento, sino la importancia con la que se tomaba la actividad. Se frustraba por momentos cuando el instrumento no sonaba como ella quería porque, decía: “Sé que puedo hacerlo mejor” o “antes me salió mejor”.

Estos hechos evidenciaron una consciencia de sus capacidades, lo que a su vez sirvió de motivación para realizar no solo dentro de las intervenciones, sino como su hija lo expresaba, actividades básicas que ocasionalmente dejaba de hacer. Cuando se indagó con la paciente acerca de esta cuestión, manifestó que a veces no eran olvidos sino “pereza de hacer las cosas” porque de igual manera “nadie iba a notar si ella hacía o no” dentro de su casa. Durante las intervenciones se hizo énfasis en hacerle sentir importante dentro de las dinámicas realizadas, de manera que ella pudiese extrapolarlo a su vida cotidiana. El poder apropiarse de un rol, poder hacerlo suyo y desarrollarlo, hizo que los sentimientos de autoestima mejoraran, se hiciera más participativa y al percibirlo de esta manera su aislamiento social disminuyera, incluso dentro de su núcleo familiar.

La paciente logró apropiarse de un rol dentro de la musicoterapia, porque sentía que era una actividad suya, con un lugar especial dedicado para ella, con la importancia que ameritaba la actividad. En ese sentido el contexto de estimulación tiene una incidencia por demás, significativa: Cuando la paciente entraba al cuarto adecuado para las intervenciones, era el momento desde el cual era notable un cambio en su estado de ánimo, mismo que se reflejaba en su manera de interactuar con las terapeutas y hasta con su familia. La paciente se mostraba receptiva en todas las intervenciones, a excepción de días en los cuales había tenido previamente discusiones con su hija o yerno. De ahí se infiere que no es únicamente la música la que logra el impacto en la

calidad de vida del paciente sino el contexto terapéutico y la posibilidad de interactuar dentro de ese marco.

Por otra parte el volver a tomar la iniciativa para realizar actividades cotidianas que en los últimos meses dejó de hacer, como por ejemplo: Ir al baño solo, comer por sí misma, y bañarse, son cosas que a la fecha la paciente ha logrado poder volver a realizar sin ayuda. En ese sentido se puede decir que fue un cambio que obedeció a una mejora desde lo emocional/motivacional en la cual tuvo incidencia el fortalecimiento de sus redes de apoyo.

En cuanto a los efectos de la evocación de los sentimientos y emociones: El poder cantar y bailar, no solo permitió estimular en gran parte su lenguaje no verbal, sino que además de ello llevo a la paciente a recordar sus vivencias pasadas, las más agradables y las que en ocasiones también parecía que le ponían algo triste. Sin embargo como ella misma lo manifestó en alguna ocasión: “recordar es vivir” y dentro de la intervención se pudo ver como para ella se hacía más fácil recordar todos aquellos momentos, gracias a la intervención musical, dando vía libre a su emocionalidad. En ocasiones, la sesión no se realizó de manera completa porque se convirtió en un espacio terapéutico en el que la paciente luego de escuchar determinadas canciones (las que le eran familiares) recordaba etapas de su vida y anécdotas que generaban en ella momentos de emoción o a veces tristeza pero que al final de la sesión agradecía de manera fraternal, con sonrisas o abrazos no solo a las terapeutas sino a su hija, cuando hubo sesiones familiares.

Siguiendo en la línea del vínculo familiar, al inicio de las intervenciones las relaciones que la paciente sostenía con su familia (Hija y Yerno) se caracterizaban por ser, si no apáticas, conflictivas, dicha situación referían los familiares, se presentaba por la carga emocional que generaba la enfermedad en los cuidadores. La musicoterapia permitió integrar a la familia en una nueva dinámica, que ya no giraba en torno a la enfermedad de la paciente y en la que ya no eran las discusiones el foco de las interacciones, sino la música. Así a través de canciones, la manipulación de instrumentos y la improvisación a la hora de cantar, se generó un espacio en el que se compartieron nuevas experiencias, y a través del cual pudieron conocer cosas nuevas de cada uno. Por ejemplo la paciente, conoció acerca del gusto musical de su hija, que resultó tener afinidad en algunos elementos con el suyo, sobre todo en el gusto por la música colombiana. Pudo

relacionarse con su yerno, con quien no llevaba una buena relación, a través del baile, se permitió comunicarse con él teniendo como elemento mediador a la música, esto llevo a que se presentaran situaciones anecdóticas en las cuales la paciente a través de la exploración y el lenguaje no verbal entablara una comunicación si se quiere divertida con su yerno y también con su hija.

De esta manera, tanto en la paciente como en sus familiares, realizar intervenciones musicales conjuntas, sirvió para mejorar su manera de expresarse colectivamente e incluirse en el contexto familiar, esto generó en la paciente un sentimiento de inclusión familiar, ya que sentía que su hija ya le dedicaba tiempo, y esto a su vez la hacía sentir parte importante dentro del núcleo familiar.

Por otro lado, de los efectos que generó el proceso musicoterapéutico con la paciente, quizás uno de los cambios más significativos fue el de la relación que se estableció con las terapeutas, ya que al iniciar las intervenciones, la paciente se mostraba renuente a la intervención, apática, incluso en gran parte molesta cuando parecía ser invadida en su privacidad por dos extrañas. Esta situación fue cambiando paulatinamente, y el ambiente se tornó diferente, con más disposición por parte de la señora, y abierta a conocer más y dejarse conocer con las terapeutas. Después del primer mes aproximadamente, empieza a notarse la aparición el vínculo emocional y afectivo que logró establecer con ellas. Incluso luego de unas pocas sesiones ya las llamaba “amigas”. Como se mencionó anteriormente, en ocasiones las intervenciones propiciaron momentos no solo de aprendizaje y/o esparcimiento sino como espacio en el que la paciente logró descargar tensiones emocionales, sentimientos y preocupaciones, que la aquejaban, así como experiencias que recordaba con alegría y que le gustaba compartir con ellas.

La hija de la paciente, manifestó en varias ocasiones que durante los fines de semana que las terapeutas no asistían a la casa, podía percibir a su mamá con un estado de animo distinto en comparación a como la veía durante la semana. Decía que la percibía triste, de ahí la importancia de que se hicieran intervenciones con la familia, para reforzar el vínculo afectivo y abrir paso a nuevos espacios durante los días que no asistían las terapeutas de manera que pudiesen compartir en familia, e ir fortaleciendo la confianza de manera que cuando ya terminara la intervención, la paciente pudiese continuar en un ambiente de confortabilidad emocionalmente hablando.

Sin embargo, se presentó un hecho con el que no se contaba, y fue el traslado definitivo de la paciente a una casa hogar. Esto se dio durante las intervenciones, faltando algunas pocas para terminar. Se contempló la posibilidad de que dicho cambio de contexto pudiese afectar significativamente los avances sobre todo a nivel emocional, de socialización e inclusión que se habían logrado con la paciente. Pero dichos avances no se lograron solo con las terapeutas o con su familia, sino que al ser trasladada a su nuevo hogar, se percibió que dicha capacidad de socializarse e integrarse no solo dentro de dinámicas musicales sino alrededor de casi cualquier actividad colectiva, se mantuvo constante, y la paciente no solo mantenía una buena disposición durante las últimas intervenciones dentro del hogar, sino que invitaba a algunas de sus compañeras a que presenciaran la sesión. Se le percibió durante las últimas sesiones con un estado de ánimo estable, adaptada sin mayor dificultad a su nuevo entorno de vida, y con la misma disposición de relación con el otro.

4.2 Nivel cognitivo

En general se aprecia una evolución ambivalente, en el sentido de que no se puede pasar por alto –por avances que haya- que un deterioro cognitivo en una demencia degenerativa es irreversible, sin embargo la estimulación a través de la musicoterapia también evidenció avances en las áreas de Atención sostenida, Lenguaje no verbal y Memoria Episódica.

Dicho esto, se encontró que las puntuaciones siguen inferiores a las esperadas en la mayoría de pruebas, incluso en tareas que evalúan habilidades praxico-constructivas evidencia un mayor deterioro. Sin embargo, también se observa mejoría en algunas tareas, especialmente las que conciernen a la capacidad de atención sostenida y concentración (MMSE, TMT A, ejecución visual continua). Su capacidad mnémica muestra un franco trastorno evocativo con presencia de intrusiones, sin embargo en la prueba post se aprecia mejor beneficio de las claves de reconocimiento, lo que sugiere que mantiene un registro temporal momentáneo de la información verbal sugerida, hecho que da cuenta de los avances a nivel de la estimulación de memoria episódica.

Estos datos sugieren un deterioro de las funciones cognitivas de organización cortical, un caso de Alzheimer el cual se vio agravado por un cuadro depresivo que como se

mencionó anteriormente se evidenció tanto en la prueba de calidad de vida como en las primeras intervenciones que se llevaron a cabo con la paciente, y que aunque éste ha mejorado sensiblemente, el deterioro cognitivo que se había instaurado no menguó sino que por el contrario sigue su curso (véase el deterioro en las Praxias).

Pero, por otro lado, hay una sutil mejora cognitiva en el dominio atencional que a su vez se corresponde con la mejoría emocional. Es decir hubo una correspondencia emoción: cognición, en la cual el estado emocional de la paciente cuando estaba reforzado por sentimientos positivos generaba un aumento en su capacidad atencional.

En ese sentido, a lo largo de la intervención se mantuvo constante el volumen atencional, y en ocasiones cuando el buen estado de ánimo de la paciente era mayor en relación a otros días, ese volumen atencional aumentaba considerablemente. Sin embargo, a la hora de realizar las consignas, específicamente en la identificación de instrumentos, ritmos y canciones se presentaron intrusiones en su gran mayoría, esto es propio del deterioro cognitivo que sufre la paciente.

En cuanto a la memoria, los estímulos auditivos entre los cuales estaba el aprendizaje de las letras de las canciones como la del saludo y despedida a través de la repetición y la realización de consignas que demandaban memorización, permitieron a la paciente reforzar en cierta medida su capacidad de evocación de recuerdos o elementos puntuales que se le pedían. Además, las canciones que le eran conocidas generaban en la paciente una sensación de familiaridad que le permitió con mayor facilidad acceder a sus experiencias tanto pasadas, como actuales. Cuando se le pedía recordar los nombres de los instrumentos, probablemente por repetición, logró hacia el final de la intervención recordar un gran número de los mismos, a través tanto del estímulo auditivo como del visual.

No solo a nivel de memoria episódica se vieron avances respecto a la paciente, sino que se pudo encontrar que a nivel de memoria semántica, gran cantidad de experiencias que la música le pudo recordar, siguen intactas dentro de su almacén mnémico.

Por su parte en lo que refiere al lenguaje no verbal, la comunicación y expresión a través de otros recursos que no fueran el habla, se mantuvo constante, siempre y cuando la paciente estuviera de buen estado anímico. Se evidenció la capacidad de utilizar su cuerpo como medio de comunicación, y como a través de la continua exploración de sus

movimientos logró darle rienda suelta a su expresividad, y permitirse comunicar emociones, que daban cuenta de una consciencia de su corporalidad.

En los resultados del CERAD quedó evidenciada una mejora significativa en el aspecto de fluidez verbal, que probablemente se dio a raíz de la estimulación continua a través de la escucha y aprendizaje de canciones familiares, así como también pudo influir la interacción diaria tanto con las terapeutas, como con su familia y compañeros de la casa hogar.

En general a nivel cognitivo la musicoterapia es un mecanismo de estimulación que permite enlentecer sutilmente, el proceso de deterioro. Ya sea incluso por automatismos o acciones aprendidas: puntualmente con la paciente en la estabilización y mejora en los aspectos que son más básicos sobre todo a nivel de lo funcional. no es un cambio definitivo puesto que el deterioro cognitivo es irreversible, pero se ha procurado en la medida de las posibilidades retrasarlo y es en ello en lo que se ha visto resultados favorables.

5. DISCUSIÓN

El trabajo musicoterapéutico que se realizó durante estos tres meses, nos permitió intervenir no solo con la paciente, sino trascender hacia la mirada psicológica y reconocer a la persona que está detrás de la enfermedad. Una persona que siente, que comunica, que necesita y que requiere una atención integral, no solo en lo que concierne a nivel de su enfermedad sino también en su esfera emocional y fue allí donde se encontró el mayor impacto de la terapia a través de la música. Como lo demuestran Castro, S. Rodriguez, M & Suarez M. 2014 “Se encontró una importante estimulación memorística, particularmente de memoria remota y emocional, igualmente una reducción de los estados de ansiedad y depresión, asociados al uso de canciones y experiencias vivenciales de los pacientes” pp. 48

Trabajar con la emocionalidad de una persona implica poder desarrollar de alguna manera una sensibilidad que lleve a comprender la expresividad del otro y la forma en que comunica sus sentimientos. Esto solo estuvo mediado por la interacción continua, misma que nos permitió comprender la manera en que ella percibía a sí misma y a nosotras como terapeutas. Conocerla en su entorno, nos abrió el camino que nos permitió encontrar ciertos elementos, (forma de hablarle, de aprender a escucharla, comprenderla en sus expresiones, interpretar sus palabras y sus silencios) que hicieron más amena y a su vez viable la manera de intervenir. En este sentido, escuchar sus necesidades y gustos respecto a lo que se trabajaba, permitió incluir pequeñas modificaciones dentro del protocolo de aplicación en las cuales había sesiones en las que por ejemplo se dejaba más tiempo la actividad que más disfrutara (identificar y cantar canciones familiares), a fin no solo de estimular sus capacidades cognitivas en mayor proporción, sino de comprender a nivel emocional que lugar le estaba dando a esa actividad en específico la hora de significar esta nueva experiencia en su vida. Es así como la música influye y promueve el recuerdo de hechos significativos, demostrado por Pert, J (2012)

A propósito de la emocionalidad y expresión de la misma, la disposición del paciente es importante a la hora de intervenir, puesto que genera un ambiente de confortabilidad y en cierta manera confianza para uno como terapeuta. Sin embargo, es entendible que al principio no fuera fácil la interacción con la paciente ya que además de presentar un cuadro de demencia degenerativa, presentaba un agravante que era un estado emocional depresivo leve a moderado, (véase resultados primera escala de calidad de vida, anexo 7). Esto dificultó el acceso a ella durante las primeras intervenciones. Hubo cierta resistencia a ser intervenida y se percibió una leve indisposición para poder interactuar con ella, sin embargo con el paso de los días el cambio actitudinal de la paciente fue evidente, y esto facilitó en gran medida el desarrollo de la mayoría de las sesiones.

Una de las preocupaciones que se presentó al final del trabajo, fue el pensar que tal vez por ser cambiada de contexto la paciente no iba a querer continuar con la musicoterapia, ya que inicialmente estaba renuente a cambiarse de vivienda. Sin embargo, con el paso de los días lo asimilo de mejor manera, gracias a que también la relación con su hija y su yerno había mejorado notablemente y una vez fue trasladada al hogar de paso, fueron constantes sus avances, y no hubo retroceso mayor a excepción de lo esperado en una demencia degenerativa. Como diría Rodríguez, P & Suarez, M. 2014 “si mejora en

forma importante la calidad de vida de las personas, estimulando la memoria remota y desarrollando experiencias vivenciales a partir de estímulos sonoros, con lo cual se logra integrar en forma adecuada a las personas a su entorno familiar” pp. 48

Al final la musicoterapia a nuestro modo de ver es una herramienta terapéutica que sí permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, puntualizando un mayor impacto en la esfera emocional. Quedó evidenciado que hay una relación cognición- emoción, sin embargo es la esfera emocional la que se ve reforzada en una mayor proporción y permeada casi en su totalidad por la intervención con la música.

Es gratificante poder agenciar desde nuestro que hacer como futuras psicólogas, elementos dentro de la vida de una persona, que le permitan movilizar emociones y realizar actividades que a su vez le ayuden al fin último de todo esto que es mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida.

Para finalizar y estando de acuerdo nuestro estudio con los resultados hallados por Rodriguez, P & Suarez, M en la paciente con Alzheimer hubo “una mejoría en su dimensión física y en su dimensión psicológica, prestando mayor atención a la actividad musical y al empleo de instrumentos, igualmente se encontró un fortalecimiento de la actividad cognitiva, afianzando la actividad colectiva y los lazos para constituir redes, lo mismo que el incremento en la seguridad personal y en la expresión emocional a través del código musical” Así mismo y de acuerdo con Peatr, J que “es posible ejercer una influencia activa y positiva sobre el recuerdo de los pacientes, facilitando su manejo y favoreciendo la relajación y la tranquilidad” llegando así a mejorar su calidad de vida.

6. CONCLUSIONES

Desde siempre la música ha sido un elemento integrador a nivel cultural, y a nivel terapéutico es una herramienta que le ofrece al paciente nuevas estrategias para reorganizarse y poderse desenvolver dentro de su panorama actual, no hace distinción alguna de la condición física o emocional o de clases sociales. Esto la hace accesible a cualquier población, y cultura, así que de una manera u otra su implicación y aplicación es de corte universal.

Cuanta mayor sensibilidad experimente el paciente frente a la música, mayor efecto terapéutico se genera: La música tiene la capacidad de provocar respuestas emocionales, cognitivas y hasta físicas, como bien es sabido, bailar es una actividad física que no solo proporciona bienestar emocional sino que ayuda en el estado de salud.

En lo que a las terapeutas se refiere, la actitud con la que se inicia y mantiene la sesión musicoterapéutica incide también en el desempeño de la paciente, más cuando ya se ha generado un vínculo afectivo y emocional entre las partes. Es importante entrar a intervenir con la disposición que la sesión requiere, a fin de que la paciente encuentre en ellas una cuota extra de motivación y pueda potenciar dentro de sus posibilidades sus habilidades tanto cognitivas como emocionales.

A nivel del cuidador, la musicoterapia puede aliviar la sobrecarga tanto emocional como física que genera todo el proceso de cuidado a una persona con demencia, como manifestaba la cuidadora principal de la paciente, al finalizar la intervención sintió alivio tanto en la relación con su mamá como en la percepción que ella misma tenía de la enfermedad, ya que refirió que la intervención le permitió conocer otras posibilidades de interactuar con su mamá, comunicarse con ella y comprenderla.

La musicoterapia agencia y activa la emoción y genera respuestas que evocan sentimientos en el paciente, y le permiten explorar su expresividad y su comunicación a través de otras vías que no necesariamente son el lenguaje verbal.

La manera en la que el sujeto se percibe y percibe su entorno, es susceptible de transformación a través de la música, en este caso dicha transformación se percibió en la paciente cuando manifestó sentirse nuevamente útil, y capaz de hacer las cosas –incluso las más básicas- por sí misma. De esta manera, la música permite que el paciente pueda reorganizar su imagen, y reorganizarse según sus nuevas dinámicas de vida.

La calidad de vida del paciente mejora, puntualmente en su esfera emocional, al generar espacios que posibiliten la consolidación de los vínculos afectivos con la familia. Esto se da a través de la interacción por medio de la música, no solo con la familia, sino con la sociedad en general, dichas dinámicas inciden positivamente en la percepción que hace el sujeto de sí mismo y del mundo que le rodea.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, J.C. Fernández Guinea, S. y Ardila, A. (2003). *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México D.F: Manual Moderno.
- Baddeley, A. (1999). *¿Por qué necesitamos la memoria?* en Memoria Humana, teoría y práctica. Cap. 1. Macgraw. España.
- Benenzon, R. (1981). *Manual de musicoterapia*. Editorial Paidós. Ecuador.
- Bruscia, E. (2007). *Musicoterapia métodos y prácticas*. México. Pax México
- Dáder, M. (Ed.). (2005). *Guía de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer*. Stada.
- DSMIV-TR.
- Franco, J; Gaviria, M. MUSICA, CULTURA Y CEREBRO. Revista Latinoamericana de Psiquiatria. 2002. In Press. Tomado de <http://www.neuropsiquiatria.org.ar/espanol/congreso2002/p-gaviria.asp>
- Foster, N.A & Valentine, E.R (2001). *The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia*. Exp Aging Res. Universidad de Londres. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11441644#>
- Fundación Benenzon tomado de <http://www.fundacionbenenzon.org/modelo-benenzon>
- Günter, R. (2000). *El lenguaje corporal*. Santiago de Chile. Edaf.
- Lacarcel, J. (1995) *Musicoterapia en educación especial*. España. Ed. III.

- Luria, A.R. (1974) *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2012. Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Petr, J (2012). Effects of Widespread and Frequent Personalized Music Programming on Agitation and Depression in Assisted Living Facility Residents With Alzheimer- Type Dementia. *Music and Medicine*, 4(1), 8-15. doi:10.1177/1943862111430509.
- Portellano, J.A (2005) *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid. Ed. Universidad Complutense.
- Rodríguez, P & Suarez, M (2014). Efectos de la musicoterapia en un grupo de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol.14 N° 2, pp.48. Barranquilla. Colombia. Tomado de: <https://revistannn.files.wordpress.com/2014/07/memorias-congreso.pdf>
- Sanchez, Nariño, Muñoz (2010) Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer Tomado de http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_87-94.pdf
- Sanz, J. I (2004). *El Concepto de Musicoterapia a través de la Historia*. Revista Electrónica de LEEME (Lista Europea de Música en la Educación). N° 13. Recuperado de <http://musica.rediris.es>
- Sarkamo, T. & Etal (2008). *Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke*. *Oxford Journals*. Vol. 131 , No. 3.

Pág. 866-876 recuperado de
<http://brain.oxfordjournals.org/content/131/3/866.full>

- Tárraga, Luis Cuadernos de repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve. Editorial Glosa Ronda de Sant Pere, 22, principal 2.^a - 08010 Barcelona
- Tulving, E. & Donalson, W. (1972). *Organizacion of memory*. Cap. 10. New York. Academy Press, Inc.
- Untoiglich, G (2006). *Los aspectos histórico-libidinales en los niños con dificultades atencionales*. Anu. investig. v.13 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862006000100007&script=sci_arttext

ANEXOS

Anexo 1

Ficha músico-terapéutica.

Nombre y apellido:

edad:

Sexo:

ficha confeccionada por:

1. País de origen.
2. Región de origen.
3. Preferencias y particularidades de los padres.
4. Movimientos corporales y canciones de cuna de la madre.
5. Ambiente sonoro durante la infancia.
6. Reacciones de los padres a los sonidos y a los ruidos.
7. Reacciones del paciente a los sonidos y a los ruidos.
8. Sonidos típicos de la casa (portazos, gritos, llantos, ruidos al masticar, tics con sonidos, murmullos...).
9. Sonido durante la noche y sonido corporales.
10. Historia musical propiamente dicha del hogar, educación musical de los padres y del paciente.
11. Los primeros contactos con un instrumento.
12. Gustos y rechazos musicales, sonoros y de ruidos.
13. Deseos y rechazos de instrumentos.

Anexo 2

Evaluación vincular sonoro-musical

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Dirección:

Origen:

Ciudad:

Tiempo de aparición de síntomas:

Actividad:

Profesión:

Utilización de instrumentos musicales:

Preferencias instrumentales:

Manipulación, forma y carácter en la ejecución instrumental:

1. Lenguaje sonoro:

Melodía:

Ritmo:

2. Lenguaje corporal:

3. Lenguaje verbal:

Conclusiones:

Anexo 3

Informe de las sesiones

Número de informe:

Objetivos:

Actividades:

Análisis expresión sonora:

Análisis expresión corporal:

Análisis expresión emocional:

Análisis cognitivo:

Análisis terapéutico:

Técnicas utilizadas:

Conclusiones:

Anexo 4

Intervención musicoterapéutica

Rejilla de Observación

Fecha:
Hora de inicio: Hora de finalización:
Observador:
Situación a observar:

Esfera Cognitiva	Esfera emocional
Atención sostenida: ¿Logra realizar la tarea asignada? Habilidades Dificultades Memoria: Logros Fallos Capacidad de recordar Lenguaje corporal: Como utiliza su cuerpo y su gestualidad para expresar algo.	

Anexo 5

CERAD-COL

PRE Y POST

PRE

FUNCIÓN COGNITIVA/ PRUEBA	Puntuación Directa	Puntuación Normalizada (desviación estándar)	Observaciones
Minimental	19*	28.24±1.67	Este minimental da a pensar en un deterioro cognitivo, no Leve
MEMORIA VERBAL			
<i>Curva de memoria de una lista de 10 palabras: (3 ensayos)</i>			
Total Correctas	8*	13.26±3.11	Curva de memoria con bajo volumen de aprendizaje, fluctuante entre ensayos que denotan fallas atencionales.
Total Intrusiones	8*	2.35±2.98	Alta susceptibilidad a la interferencia retroactiva (dice en general los nombres de objetos del Boston, tarea que se presenta anterior a ésta). Sugiere fallas de

			control cognitivo en el recuerdo.
<i>Recuerdo de una lista de palabras (3 minutos)</i>			
Total correctas	1*	4.47±1.79	Déficit evocativo.
Total Intrusiones	5*		
<i>Reconocimiento de la lista de palabras</i>		8.74±1.64	Inestabilidad de la huella mnémica, pobre almacenamiento.
Evocación de praxis constructivas (figuras geométricas simples)	0*	5.12±2.82	Intrusiones
Evocación de la Figura de Rey	0*	8.11±431	Perseveración patológica
PRAXIS			
Test de praxis constructivo gráficas (figuras geométricas simples)	9	8.79±1.59	
Copia de la Figura de Rey	¿?	21.20 ± 5.95	En general se puede ver fallas de coordinación visomotora y poca planeación de la actividad gráfica.
LENGUAJE			
Fluidez Verbal Semántica	11*	16.59±3.49	

(animales)			
Denominación (Test modificado de Boston)	11	11.73±2.04	Normal.
FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO			
<i>Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin:</i>			
Aciertos	38	16.80±7.17	Se aprecia en el desempeño 2 fallas atencionales que corroboran sus dificultades en memoria de trabajo.
Errores	10	30.30±7.97	
Numero de Categorías/6	4	2.02±1.10	
Respuestas perseverativas	6	24.33±8.52	
Índice de Conceptualización.	11	16.58±12.32	
<i>Fluidez Verbal Fonológica:</i>			
/f/	4*	8.33±4.05	No se suman en el total las palabras de nombres (2) perdida de categoría
<i>Test de Trazado serial TMT Forma A</i>			
Aciertos	9*	23.71±1.26	Fallas atencionales serias. Se evidencian errores radiales (empieza desde un mismo número hacia varios lados)
Tiempo (Seg.)	300*	121.47±50.78	
<i>Test de búsqueda visual</i>			

<i>continua:</i>			
Aciertos	14	14.71±1.59	Su desempeño atencional mejora cuando el test se presenta mejor estructurado/ordenado
Omisiones	2	1.28±1.59	
Tiempo (Seg.)	82	66.83±22.20	
<i>Aritmética (WAIS)</i>			
Correctas /10	4*	7.39±1.87	Deficit MO o acalculia?
HABILIDADES PERCEPTIVO-ESPACIALES			
Test de matrices progresivas de Raven	8	7.75±.1.71	Esto indica mejor capacidad de memoria operativa visuoespacial q verbal.

POST

FUNCIÓN COGNITIVA/ PRUEBA	Puntuación Directa Marzo	Puntuación Directa Junio	Puntuación Normalizada (desviación estándar)	Observaciones
Minimental	19*	24	28.24±1.67	Este minimal deterioro cognitivo moderado, no

				Leve. Mejoría en el componente de atención.
MEMORIA VERBAL				
<i>Curva de memoria de una lista de 10 palabras: (3 ensayos)</i>				
Total Correctas	8*	9*	13.26±3.11	Curva de memoria con bajo volumen de aprendizaje, fluctuante entre ensayos, lo que denota fallas atencionales.
Total Intrusiones	8*	14*	2.35±2.98	Alta susceptibilidad a la interferencia retroactiva (dice en general los nombres de objetos del Boston, tarea que se presenta anterior a ésta). Sugiere fallas de control cognitivo en el recuerdo.

<i>Recuerdo de una lista de palabras (3 minutos)</i>				
Total correctas	1*	0*	4.47±1.79	Persiste déficit evocativo.
Total Intrusiones	5*	8*		
<i>Reconocimiento de la lista de palabras</i>	5*	8	8.74±1.64	Inestabilidad de la huella mnémica (alto número de falsos positivos), sin embargo esta vez logra beneficiarse de la familiaridad (más que un pobre almacenamiento se corrobora el déficit evocativo).
Evocación de praxis constructivas (figuras geométricas simples)	0*	0*	5.12±2.82	Intrusiones
Evocación de la Figura de Rey	0*	¿	8.11±431	Persiste la falla de evocación, pero ahora no es tan perseverativa
PRAXIAS				

Test de praxis constructivo gráficas (figuras geométricas simples)	9	5*	8.79±1.59	Deterioro de capacidad de operación grafo-motora.
Copia de la Figura de Rey	¿?	¿?	21.20 ± 5.95	
LENGUAJE				
Fluidez Verbal Semántica (animales)	11*	12*	16.59±3.49	
Denominación (Test modificado de Boston)	11	11	11.73±2.04	
FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO				
<i>Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin:</i>				
Aciertos	38	34	16.80±7.17	Persisten las fallas atencionales (2).
Errores	10	14	30.30±7.97	
Numero de Categorías/6	4	3	2.02±1.10	
Respuestas perseverativas	6	6	24.33±8.52	
Índice de Conceptualización.	11		16.58±12.32	

		15		
<i>Fluidez Verbal Fonológica:</i>				
/f/	4*	10	8.33±4.05	MEJORIA EVIDENTE
<i>Test de Trazado serial TMT Forma A</i>				
Aciertos	9*	24	23.71±1.26	Es un desempeño que evidencia la mejora atencional
Tiempo (Seg.)	300*	196	121.47±50.78	
<i>Test de búsqueda visual continua:</i>				
Aciertos	14	16	14.71±1.59	Es un desempeño que evidencia la mejora
Omisiones	2	0	1.28±1.59	
Tiempo (Seg.)	82		66.83±22.20	

		60		atencional
<i>Aritmética (WAIS)</i>				
Correctas /10	4*	5*	7.39±1.87	Deficit MO o acalculia?
HABILIDADES PERCEPTIVO- ESPACIALES				
Test de matrices progresivas de Raven	8	5*	7.75±.1.71	Esto indica mejor capacidad de memoria operativa. Memoria visuoespacial se ha deteriorado.

Anexo 6

ESCALA DE DEPRESION YESAVAGE

PRE

ESCALA DE DEPRESION -YESAVAGE-

Instrucción: "Le voy a realizar una serie de preguntas con respecto a su estado de ánimo.,ud me debe responder en términos de SI ó NO". Otorgue un punto por cada respuesta marcada según subrayado.

1. Está Ud básicamente satisfecho con su vida ?	SI	NO
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	SI	NO
3. Siente Ud. que su vida está vacía ?	SI	NO
4. Se siente Ud aburrido frecuentemente ?	SI	NO
5. La mayoría del tiempo está Ud. de buen ánimo ?	SI	NO
6. Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar ?	SI	NO
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?	SI	NO
8. Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido	SI	NO
9. Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad ?	SI	NO
11. Cree Ud que es maravilloso estar vivo ?	SI	NO
12. Se siente inútil o despreciable como está Ud actualmente?	SI	NO
13. Se siente Ud lleno de energía ?	SI	NO
14. Se siente sin esperanza ante su condición actual ?	SI	NO
15. Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	SI	NO

0-5: Normal
6-10: Depresión Moderada
11-15 Depresión severa

TOTAL: 7

En la casa hogar se Siente mejor que en la casa propia

POST

ESCALA DE DEPRESION -YESAVAGE-

Instrucción: "Le voy a realizar una serie de preguntas con respecto a su estado de ánimo.,ud me debe responder en términos de SI ó NO".Otorgue **un punto** por cada respuesta marcada según subrayado.

1. Está Ud básicamente satisfecho con su vida ?	SI	<u>NO</u>
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	<u>SI</u>	NO
3. Siente Ud. que su vida está vacía ?	<u>SI</u>	NO
4. Se siente Ud aburrido frecuentemente ?	<u>SI</u>	NO
5. La mayoría del tiempo está Ud. de buen ánimo ?	SI	<u>NO</u>
6. Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar ?	<u>SI</u>	NO
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?	<u>SI</u>	NO
8. Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido	<u>SI</u>	NO
9. Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	<u>SI</u>	NO
10. Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad ?	<u>SI</u>	NO
11 .Cree Ud que es maravilloso estar vivo ?	SI	<u>NO</u>
12. Se siente inútil o despreciable como está Ud actualmente?	<u>SI</u>	NO
13. Se siente Ud lleno de energía ?	SI	<u>NO</u>
14. Se siente sin esperanza ante su condición actual ?	<u>SI</u>	NO
15 Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	<u>SI</u>	NO

0-5: Normal

6-10: Depresión Moderada

11-15 Depresión severa

TOTAL: 1

ESCALA DE DEPRESION -YESAVAGE-

Instrucción: "Le voy a realizar una serie de preguntas con respecto a su estado de ánimo.,ud me debe responder en términos de SI ó NO".Otorgue **un punto** por cada respuesta marcada según subrayado.

1. Está Ud básicamente satisfecho con su vida ?	SI	<u>NO</u>
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	<u>SI</u>	NO
3. Siente Ud. que su vida está vacía ?	<u>SI</u>	NO
4. Se siente Ud aburrido frecuentemente ?	<u>SI</u>	NO
5. La mayoría del tiempo está Ud. de buen ánimo ?	SI	<u>NO</u>
6. Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar ?	<u>SI</u>	NO
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?	<u>SI</u>	NO
8. Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido	<u>SI</u>	NO
9. Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	<u>SI</u>	NO
10. Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad ?	<u>SI</u>	NO
11 .Cree Ud que es maravilloso estar vivo ?	SI	<u>NO</u>
12. Se siente inútil o despreciable como está Ud actualmente?	<u>SI</u>	NO
13. Se siente Ud lleno de energía ?	SI	<u>NO</u>
14. Se siente sin esperanza ante su condición actual ?	<u>SI</u>	NO
15 Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	<u>SI</u>	NO

0-5: Normal

6-10: Depresión Moderada

11-15 Depresión severa

TOTAL: 1

POST

ESCALA DE DEPRESION -YESAVAGE-

Instrucción: "Le voy a realizar una serie de preguntas con respecto a su estado de ánimo.,ud me debe responder en términos de SI ó NO". Otorgue un punto por cada respuesta marcada según subrayado.

1. Está Ud básicamente satisfecho con su vida ?	SI	NO
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	SI	NO
3. Siente Ud. que su vida está vacía ?	SI	NO
4. Se siente Ud aburrido frecuentemente ?	SI	NO
5. La mayoría del tiempo está Ud. de buen ánimo ?	SI	NO
6. Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar ?	SI	NO
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?	SI	NO
8. Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido	SI	NO
9. Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad ?	SI	NO
11. Cree Ud que es maravilloso estar vivo ?	SI	NO
12. Se siente inútil o despreciable como está Ud actualmente?	SI	NO
13. Se siente Ud lleno de energía ?	SI	NO
14. Se siente sin esperanza ante su condición actual ?	SI	NO
15. Cree Ud que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?	SI	NO

→ En la casa
//

0-5: Normal
6-10: Depresión Moderada
11-15 Depresión severa

TOTAL: 7

En la casa hogar se Siente mejor que en la casa propia

Anexo 7

PRE

13.8. Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (ADRQL)

1

Instrucciones para el entrevistador. Leer las siguientes instrucciones al entrevistado:

Antes de empezar el cuestionario sobre calidad de vida, le voy a leer algunas instrucciones.

Calidad de vida quiere decir cómo alguien se siente en diferentes áreas de su vida. Para indagar acerca de la calidad de vida, generalmente se pregunta a las personas que contesten preguntas acerca de ellos mismos. Debido a los efectos de la demencia, es difícil preguntar a las personas con esta enfermedad preguntas acerca de sus propias vidas. En su lugar, este cuestionario ha sido desarrollado para que pueda ser contestado por alguien que pasa tiempo y cuida de una persona con demencia.

Hay varias áreas que envuelven la calidad de vida de una persona. Yo le voy a describir cada área y leeré las afirmaciones que la configuran. Mientras yo leo cada afirmación, por favor piense acerca del Sr./Sra. Nidia

y si la afirmación le describe en las últimas 2 semanas. Si usted está de acuerdo en que la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está «de acuerdo».

Si usted no está de acuerdo porque la afirmación no describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está en «desacuerdo».

Permítame darle un ejemplo. Yo le podría leer la afirmación «El Sr./Sra. Nidia no responde a su propio nombre». Si esta afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas usted debería decir «de acuerdo». Si la afirmación «El Sr./Sra. Nidia no responde a su propio nombre», no le describe en las últimas 2 semanas, usted debería contestar «desacuerdo». ¿Tiene usted alguna pregunta?

Voy a empezar el cuestionario ahora. Por favor, dígame si usted quiere que le hable más alto, más bajo, que le repita alguna afirmación o que pare para que pueda pensar acerca de ella. Además, hágame saber si usted quiere que le repase las instrucciones.

RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

Estas afirmaciones se refieren a la relación y la forma de estar con otras personas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella sonríe o se ríe cuando está alrededor de otras personas	☒	☐
2. Él/ella no pone atención a la presencia de otros	☒	☐
3. Él/ella podría estar alrededor de otras personas	☒	☐
4. Él/ella busca el contacto con otros saludando a las personas o uniéndose a las conversaciones	☒	☐
5. Él/ella habla con las personas	☒	☐
6. Él/ella toca o permite que le toquen como dar la mano, abrazar, besar o dar palmadas	☐	☒
7. Él/ella puede ser confortado o tranquilizado por otros	☐	☒
8. Él/ella no está a gusto con extraños o personas que no reconoce	☒	☐
9. Él/ella reacciona con placer ante las mascotas o los niños pequeños	☐	☒
10. Él/ella habla por teléfono con la gente	☒	☐
11. Él/ella se molesta o se enfada cuando se acerca otra persona	☐	☒
12. Él/ella empuja, se agarra o pega a otras personas	☐	☒

IDENTIDAD PERSONAL Y DE PERSONAS IMPORTANTES

Estas afirmaciones se refieren a la identidad especial de la persona y a sus relaciones relevantes.

Después de cada afirmación, por favor, conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella habla o todavía hace cosas relacionadas con su trabajo previo o sus actividades diarias	☐	☒
2. Él/ella se da cuenta de su puesto en la familia como ser marido/mujer, padre/madre, abuelo/a	☒	☐
3. Él/ella hace o da su opinión en las actividades rutinarias de la vida diaria como qué llevar puesto, qué comer, o dónde sentarse	☒	☐
4. Él/ella se molesta por sus limitaciones personales tales como olvidos, pérdida de cosas o confundirse en lugares familiares	☒	☐
5. Él/ella se interesa por los acontecimientos, lugares o hábitos de su pasado tales como viejos amigos, antiguas residencias ir a la iglesia, rezar	☐	☒
6. Él/ella no responde a su propio nombre	☐	☒
7. Él/ella no expresa creencias, actitudes o prejuicios que siempre había tenido	☐	☒
8. Él/ella indica sí o no con gestos, cabeceando o hablando	☒	☐

CONDUCTAS ESTRESANTES

Estas afirmaciones se refieren a diferentes tipos de conducta en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella sonríe, se ríe o está alegre	☒	☐
2. Él/ella aprieta, entrelaza o retuerce sus manos	☒	☐
3. Él/ella lanza, golpea, da patadas o tira objetos	☒	☐
4. Él/ella grita, chillaba, maldice o hace acusaciones	☒	☐
5. Él/ella se encierra, hace barricadas en su habitación, casa o apartamento	☐	☒
6. Él/ella se irrita o se enfada con facilidad	☒	☐
7. Él/ella dice que se quiere morir	☐	☒
8. Él/ella grita, gime o frunce el ceño	☒	☐
9. Él/ella muestra placer	☐	☒
10. Él/ella está inquieto/a, nervioso/a, o repite acciones tales como mecerse, pasear de un lado a otro, o golpearse contra las paredes	☐	☒
11. Él/ella se resiste a ser ayudado/a de diferentes formas tales como al vestirse, comer, bañarse o rehusando moverse	☒	☐
12. Él/ella «se pega» a otras personas o las sigue	☐	☒
13. Él/ella parece estar contento/a o satisfecho/a	☐	☒
14. Él/ella habla sobre «sentirse enfermo», «tener dolor» o «estar resfriado»	☐	☒
15. Él/ella muestra sentido del humor	☐	☒

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Estas afirmaciones se refieren a las actividades habituales en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella disfruta haciendo actividades solo/a tales como escuchar música o ver televisión	☒	☐
2. Él/ella no participa en actividades que solía disfrutar incluso cuando se le anima para que tome parte	☐	☒
3. Él/ella se sienta tranquilamente y parece disfrutar las actividades de otros incluso cuando no participa activamente	☐	☒
4. Él/ella no muestra signos de placer o disfrute cuando participa en actividades en su tiempo libre o de recreo	☒	☐
5. Él/ella está adormilado/a y no hace nada la mayor parte del tiempo	☐	☒

COMPORTAMIENTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Las últimas afirmaciones se refieren a la conducta de una persona en su medio ambiente.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella disfruta o se calma con sus posesiones y pertenencias	☒	☐
2. Él/ella habla de sentirse inseguro/a o de que sus pertenencias no están seguras	☐	☒
3. Él/ella se molesta o está inquieto/a cuando está en otro lugar diferente al que vive	☐	☒
4. Él/ella hace intentos repetidos de salir	☒	☐
5. Él/ella se enfada o está inquieto/a en el sitio donde vive	☒	☐
6. Él/ella se siente confortable moviéndose por donde vive	☐	☒
7. Él/ella habla de querer salir o ir a casa	☒	☐

Esto concluye el cuestionario. Muchas gracias por su ayuda.

8 de junio de 2014

13.8. Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (ADRQL)

1

Instrucciones para el entrevistador. Leer las siguientes instrucciones al entrevistado:

Antes de empezar el cuestionario sobre calidad de vida, le voy a leer algunas instrucciones.

Calidad de vida quiere decir cómo alguien se siente en diferentes áreas de su vida. Para indagar acerca de la calidad de vida, generalmente se pregunta a las personas que contesten preguntas acerca de ellos mismos. Debido a los efectos de la demencia, es difícil preguntar a las personas con esta enfermedad preguntas acerca de sus propias vidas. En su lugar, este cuestionario ha sido desarrollado para que pueda ser contestado por alguien que pasa tiempo y cuida de una persona con demencia.

Hay varias áreas que envuelven la calidad de vida de una persona. Yo le voy a describir cada área y leeré las afirmaciones que la configuran. Mientras yo leo cada afirmación, por favor piense acerca del Sr./Sra. Nidia

y si la afirmación le describe en las últimas 2 semanas. Si usted está de acuerdo en que la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está «de acuerdo».

Si usted no está de acuerdo porque la afirmación no describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está en «desacuerdo».

Permítame darle un ejemplo. Yo le podría leer la afirmación «El Sr./Sra. Nidia no responde a su propio nombre». Si esta afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas usted debería decir «de acuerdo». Si la afirmación «El Sr./Sra. Nidia no responde a su propio nombre», no le describe en las últimas 2 semanas, usted debería contestar «desacuerdo». ¿Tiene usted alguna pregunta?

Voy a empezar el cuestionario ahora. Por favor, dígame si usted quiere que le hable más alto, más bajo, que le repita alguna afirmación o que pare para que pueda pensar acerca de ella. Además, hágame saber si usted quiere que le repase las instrucciones.

RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

Estas afirmaciones se refieren a la relación y la forma de estar con otras personas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella sonríe o se ríe cuando está alrededor de otras personas	☒	☐
2. Él/ella no pone atención a la presencia de otros	☒	☐
3. Él/ella podría estar alrededor de otras personas	☒	☐
4. Él/ella busca el contacto con otros saludando a las personas o uniéndose a las conversaciones	☒	☐
5. Él/ella habla con las personas	☒	☐
6. Él/ella toca o permite que le toquen como dar la mano, abrazar, besar o dar palmadas	☒	☐
7. Él/ella puede ser confortado o tranquilizado por otros	☐	☒
8. Él/ella no está a gusto con extraños o personas que no reconoce	☐	☒
9. Él/ella reacciona con placer ante las mascotas o los niños pequeños	☒	☐
10. Él/ella habla por teléfono con la gente	☒	☐
11. Él/ella se molesta o se enfada cuando se acerca otra persona	☐	☒
12. Él/ella empuja, se agarra o pega a otras personas	☐	☒

IDENTIDAD PERSONAL Y DE PERSONAS IMPORTANTES

Estas afirmaciones se refieren a la identidad especial de la persona y a sus relaciones relevantes.

Después de cada afirmación, por favor, conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella habla o todavía hace cosas relacionadas con su trabajo previo o sus actividades diarias	☒	☐
2. Él/ella se da cuenta de su puesto en la familia como ser marido/mujer, padre/madre, abuelo/a	☒	☐
3. Él/ella hace o da su opinión en las actividades rutinarias de la vida diaria como qué llevar puesto, qué comer, o dónde sentarse	☒	☐
4. Él/ella se molesta por sus limitaciones personales tales como olvidos, pérdida de cosas o confundirse en lugares familiares	☐	☒
5. Él/ella se interesa por los acontecimientos, lugares o hábitos de su pasado tales como viejos amigos, antiguas residencias ir a la iglesia, rezar	☒	☐
6. Él/ella no responde a su propio nombre	☒	☐
7. Él/ella no expresa creencias, actitudes o prejuicios que siempre había tenido	☒	☐
8. Él/ella indica sí o no con gestos, cabeceando o hablando	☒	☐

CONDUCTAS ESTRESANTES

Estas afirmaciones se refieren a diferentes tipos de conducta en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella sonríe, se ríe o está alegre	☒	☐
2. Él/ella aprieta, entrelaza o retuerce sus manos	☐	☒
3. Él/ella lanza, golpea, da patadas o tira objetos	☐	☒
4. Él/ella grita, chilla, maldice o hace acusaciones	☐	☒
5. Él/ella se encierra, hace barricadas en su habitación, casa o apartamento	☐	☒
6. Él/ella se irrita o se enfada con facilidad	☐	☒
7. Él/ella dice que se quiere morir	☐	☒
8. Él/ella grita, gime o frunce el ceño	☐	☒
9. Él/ella muestra placer	☒	☐
10. Él/ella está inquieto/a, nervioso/a, o repite acciones tales como mecerse, pasear de un lado a otro, o golpearse contra las paredes	☐	☒
11. Él/ella se resiste a ser ayudado/a de diferentes formas tales como al vestirse, comer, bañarse o rehusando moverse	☐	☒
12. Él/ella «se pega» a otras personas o las sigue	☒	☐
13. Él/ella parece estar contento/a o satisfecho/a	☒	☐
14. Él/ella habla sobre «sentirse enfermo», «tener dolor» o «estar resfriado»	☐	☒
15. Él/ella muestra sentido del humor	☒	☐

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Estas afirmaciones se refieren a las actividades habituales en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella disfruta haciendo actividades solo/a tales como escuchar música o ver televisión	☒	☐
2. Él/ella no participa en actividades que solía disfrutar incluso cuando se le anima para que tome parte	☐	☒
3. Él/ella se sienta tranquilamente y parece disfrutar las actividades de otros incluso cuando no participa activamente	☒	☐
4. Él/ella no muestra signos de placer o disfrute cuando participa en actividades en su tiempo libre o de recreo	☐	☒
5. Él/ella está adormilado/a y no hace nada la mayor parte del tiempo	☐	☒

COMPORTAMIENTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Las últimas afirmaciones se refieren a la conducta de una persona en su medio ambiente.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. Nidia en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

	De acuerdo	Desacuerdo
1. Él/ella disfruta o se calma con sus posesiones y pertenencias	☒	☐
2. Él/ella habla de sentirse inseguro/a o de que sus pertenencias no están seguras	☐	☒
3. Él/ella se molesta o está inquieto/a cuando está en otro lugar diferente al que vive	☐	☒
4. Él/ella hace intentos repetidos de salir	☐	☒
5. Él/ella se enfada o está inquieto/a en el sitio donde vive	☐	☒
6. Él/ella se siente confortable moviéndose por donde vive	☒	☐
7. Él/ella habla de querer salir o ir a casa	☐	☒

Esto concluye el cuestionario. Muchas gracias por su ayuda.

→ en principio sí,
en el hogar no.

Anexo 8

Universidad del Valle

Instituto de Psicología

Programa Académico de Psicología

Consentimiento Informado

De acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, publicada por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, se hace necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes en esta evaluación. Igualmente de acuerdo con los artículos 15 y 16 (capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) de la resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente evaluación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Se le invita a participar en un proyecto académico (trabajo de grado) el cual se realizará en un período de TRES MESES, CINCO DIAS a la semana con una duración de UNA HORA aproximadamente por cada día, durante el periodo Febrero-Junio 2014. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, lo cual se le conoce como consentimiento informado. Siéntase con total tranquilidad y libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le permita aclarar las dudas que surjan de esta actividad académica. Una vez que haya comprendido el proyecto y si desea participar libremente del mismo, entonces se le pedirá que firme este **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, de la cual usted tendrá una copia firmada.

- La decisión de que usted participe en el estudio es completamente libre y voluntaria.

- No habrá ninguna consecuencia para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide retirarse del proyecto, puede hacerlo en el momento que lo desee, agradeciendo que nos informe las razones, pero con plena seguridad que será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá ningún tipo pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo.
- La información obtenida en este proyecto, utilizada para la identificación de cada persona, se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por cada participante.
- En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante de este proyecto, póngase en contacto con **KATHERINN HERNÁNDEZ ORREGO**, en el siguiente número **321 755 58 43**. O **JOHANNA LOPEZ MUÑOZ**, en el siguiente número **3166187941**.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de la participación de su MADRE, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para la aplicación de dicha evaluación y otros instrumentos que se requerirán en el desarrollo del mismo.

Firma.

Nombre:

Documento de identificación:

Fecha:

Como investigador del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella, con la ventaja de haber pasado por un Comité de Ética.

Firma.

Nombre:

Documento de identificación:

Fecha:



INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
Dirección de Programa
Programa Académico de Psicología

ACTA DE SUSTENTACIÓN INFORME FINAL DE TRABAJO DE GRADO

FECHA DE ELABORACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
09	02	2015

HORA: 11:00 AM	
LUGAR: FUNDACIÓN ALCEGUE	
TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO:	
ESTUDIANTES:	
NATHANIEL HERNÁNDEZ GONZALEZ	CÓDIGO: 1051104
JOHANNES LOPEZ MUÑOZ	CÓDIGO: 1051105
PERIODO ACADÉMICO: AGOSTO-DIC 2014	
DIRECTOR: JULIAN ANDRÉS VALENCIA A.	
JURADOS: DANNY GUARDIA VARGAS. Jorge Luis Galarza B.	
OBSERVACIONES:	
- Ampliación del Marco teórico con resultados de otras investigaciones relacionadas en este campo: 3 autores más. Ampliar Anatomías - Incluir cuadros comparativos de Resultados - Ampliar de acuerdo al marco teórico, análisis, discusión y conclusiones teniendo en cuenta las nuevas investigaciones - Presentar fotocopias	

F-03-04-02
V-01-2011

Elaborado Por: Programa Académico de Psicología
Instituto de Psicología

EVALUACIÓN:

A. APROBADO ☐

B. APROBADO PERO SUJETO A RECOMENDACIONES ☒

C. APLAZADO PARA NUEVA SUSTENTACIÓN ☐

D. RECHAZADO ☐

Para el caso del literal B. El cumplimiento de recomendaciones debe ser presentado ante:

A. EL DIRECTOR ☒

LOS JURADOS ☐

TODOS ☐

Plazo de entrega: 15 días

Aprobado por:	Aprobado por:	Aprobado por:
<i>[Firma]</i>	<i>Julian Manrique</i>	<i>Jorge Luis Fraluz</i>
JURADO	DIRECTOR	JURADO

NOTAS:

1. El plazo máximo para cumplir recomendaciones o para una nueva sustentación es de un (1) mes.
2. El acta debe ser redactada por el director y firmada por este y los jurados en la sesión de sustentación.
3. Los jurados deben devolver los proyectos a los estudiantes; el director conserva una copia del trabajo de grado aprobado.

ESPACIO PARA LLENAR EN EL CASO DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones fueron cumplidas el: 19.02.15

Asignatura: CONTINUACIÓN DE TRABAJO DE GRADO (990001M).

EN CONSECUENCIA EL TRABAJO DE GRADO QUEDA:

APROBADO ☒ NO APROBADO ☐

Aprobado por:	Aprobado por:	Aprobado por:
<i>[Firma]</i>	<i>Julian Manrique</i>	<i>Jorge Luis Fraluz</i>
JURADO	DIRECTOR	JURADO