



Trabajo Fin de Grado

Programa de Musicoterapia y Reminiscencia desde Terapia Ocupacional en pacientes con demencia en una residencia geriátrica.

Programme of music therapy and reminiscence from occupational therapy in patients with dementia in a nursing home.

Autor/es

Laura Agudo Mancebón

Director/es

Estela Calatayud Sanz
Lara Tascón Visiedo

Facultad de Ciencias de la Salud
Grado de Terapia Ocupacional
2020/2021

ÍNDICE

• RESUMEN Y ABSTRACT	2
• TABLAS DE CONTENIDO	3
• INTRODUCCIÓN	4
○ MARCO TEÓRICO	4-9
○ JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL	9-10
○ MARCO DE TRABAJO Y MODELOS	10-11
• OBJETIVOS	11
○ PRINCIPAL	11
○ ESPECÍFICOS	11
• METODOLOGÍA	12
○ METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA	12
○ METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA	12-16
▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	13
▪ FASES DEL PROGRAMA	14-16
• DESARROLLO	17
○ EVALUACIÓN INICIAL	17-18
○ SESIONES/ACTIVIDADES REALIZADAS	18-22
○ EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y RESULTADOS	23-30
• DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	30-32
• BIBLIOGRAFÍA	33
• ANEXOS	38

RESUMEN

Las terapias no farmacológicas donde se encuentran la Musicoterapia y las terapias de Reminiscencia, contribuyen, a día de hoy, a la mejora cognitiva y de habilidades comunicativas de los pacientes con demencias.

El presente trabajo consiste en un programa de intervención en pacientes con diferentes tipos demencias, donde se tratará de ver la efectividad y los beneficios que tiene la musicoterapia en ellos y su evolución. Se trabajará también la reminiscencia.

Las actividades a realizar para la intervención serán variadas, siempre en base y esencia del trabajo, la Musicoterapia. Se realizarán actividades tipo, de tal manera que se fomente su participación activa y motivación en las sesiones. Otros aspectos cognitivos como la comunicación y el lenguaje, se verán estimulados.

Los instrumentos para la evaluación que se utilizarán tanto para medir el nivel cognitivo como las habilidades de comunicación serán: MMSE, ACIS, además de una encuesta de satisfacción final.

ABSTRACT

Non-pharmacological therapies, including music therapy and reminiscence therapies, currently contribute to the cognitive improvement and communication skills of patients with dementia.

The present work consists of an intervention programme in patients with different types of dementia, where we will try to see the effectiveness and benefits that music therapy has on them and their evolution. It will also work on reminiscence.

The activities to be carried out for the intervention will be varied, always based on the essence of the work, Music Therapy. Activities will be carried out in such a way as to encourage their active participation and motivation in the sessions. Other cognitive aspects such as communication and language will be stimulated.

The assessment instruments that will be used to measure both cognitive level and communication skills will be: MMSE, ACIS, as well as a final satisfaction survey.

TABLAS Y GRÁFICOS

PÁGINA	TABLA/GRÁFICO
4-5	Tabla 1- Descripción de los diferentes tipos de demencia.
13	Tabla 2- Grupo de pacientes que van a participar en el Programa.
15	Tabla 3- Sesiones realizadas durante el Programa.
17-18	Tabla 4- Evaluaciones iniciales y resultados obtenidos.
19-22	Tabla 5- Descripción y objetivos de las sesiones.
23-26	Tabla 6- Evaluaciones finales y resultados obtenidos.
29-30	Tabla 7- Resultados encuesta de satisfacción.
16	Fig. 1- Cronograma general del Programa de Intervención.
27	Fig. 2- Resultados MMSE.
27	Fig. 3- Resultados ACIS.
28	Fig. 4- Encuesta de Satisfacción primeras 4 preguntas.
28	Fig. 5- Encuesta de Satisfacción preguntas 5 y 6.
29	Fig. 6- Encuesta de Satisfacción pregunta opinión personal.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible que tiene lugar en toda persona a consecuencia de su interacción con el medio ambiente (1). En la actualidad, el incremento de la esperanza de vida, ha hecho que las enfermedades neurodegenerativas tengan mayor asiduidad en las personas, entre ellas la demencia (2).

La demencia es un síndrome adquirido causado por trastornos cerebrales irreversibles, caracterizándose por un deterioro difuso o multifocal de las funciones intelectuales y que se acompaña de alteraciones conductuales o de comportamiento de la persona, y, en ocasiones, también de trastornos de movimiento (3).

Según la organización Alzheimer's Disease International, en 2010 había cerca de 36 millones de personas que padecían demencia y se estima que, en 2050, se alcanzarán los 115 millones. La Enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más común (60-80% de todos los casos) y el 5-7% de personas mayores de 60 años y el 40% de personas mayores de 85 años, padecen demencia (3).

Los síntomas y características patológicas que son comunes en distintos tipos de demencia, como su larga duración, síntomas a nivel funcional y psicológico, pérdida de la autonomía de la persona, y la no existencia de un tratamiento curativo (2,3).

Podemos distinguir varios tipos de demencia, donde las más frecuentes son: (1,3,4)

DEMENCIA	DEFINICIÓN	SÍNTOMAS
DE TIPO ALZHEIMER	Demencia degenerativa de predominio cortical e inicio insidioso, progresiva e irreversible. 3 estadios (leve, moderado y severo).	Pérdida de memoria (sobre todo la episódica), desorientación en las tres esperas (espacio, tiempo y/o persona), dificultades para el manejo del dinero y la realización de tareas cotidianas, afasia, agnosia y apatía, problemas atencionales y de concentración, desinhibición, cambios de humor...

VASCULAR	Conjunto de patologías asociadas a trastornos de la circulación sanguínea cerebral. Según su etiología, pueden ser isquémicos o hemorrágicos, y, por lo general, la gravedad y peculiaridades vendrán dadas por la localización y extensión de las lesiones neurológicas.	Amnesias, agnosias, afasias, hemiparesias o hemianopsias, trastornos motores, trastornos de la personalidad, funciones ejecutivas...
PARKINSON	Patología degenerativa del sistema nervioso que afecta a la sustancia negra y neuronas productoras de dopamina.	Bradipsiquia, disfunción ejecutiva, trastornos emocionales (depresión), alucinaciones o disartria...
PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	Los síntomas depresivos son muy frecuentes en la tercera edad.	Decaimiento, preocupaciones hipocondríacas, apatía, trastornos mnésicos y de función cognitiva...

Tabla 1- Descripción de los diferentes tipos de demencias.

Las demencias no tienen un tratamiento específico que garantice su curación, por lo que las intervenciones que se realizan en el presente se basan en el tratamiento farmacológico y no farmacológico (1).

Las terapias no farmacológicas (TNF) son intervenciones a partir de técnicas primarias no químicas, que proporcionan un beneficio significativo y mejora de la calidad de vida de las personas que las reciben (3). Su eficacia y aplicación se basa en el concepto de la neuroplasticidad. En el caso de las demencias se conserva en los estadios leve y moderado, y, con la estimulación apropiada, se puede establecer nuevas conexiones neuronales para mantener las funciones superiores durante un periodo de tiempo (5).

En las demencias, este tipo de terapias han de utilizarse de acuerdo a la naturaleza de los síntomas del paciente, su evolución, su grado de dependencia, sus peculiaridades personales y preferencias individuales. De esta manera, se crea un programa terapéutico teniendo en consideración los deseos de la persona afectada, basándose en una evaluación neuropsicológica y funcional (3).

Dentro de la gran variedad de TNF existente, la musicoterapia y las actividades musicales son un gran medio para la comunicación, fomentar las

habilidades sociales y disminuir los trastornos de la conducta, además de otorgar mayor sensación de bienestar y relajación a la persona (1). Aunque algunas capacidades cognitivas queden afectadas, la música puede ser utilizada en todas las fases del síndrome demencial (3).

Otra de las grandes características de la música, es su poder de motivación y estímulo placentero, que hace que, hasta las personas más apáticas y reticentes hacia actividades, se impliquen en la actividad produciendo en ellos emociones positivas (7). Además, ciertas piezas musicales asociadas a historias personales o melodías que les resulten familiares o de su agrado, tienen gran potencial a la hora de desencadenar recuerdos y sensaciones gratificantes, siendo muy útiles en los talleres de reminiscencia (6).

En el ámbito geriátrico, se le asignan dos funciones principales a la música. La música como actividad recreativa, sin fines terapéuticos; y la musicoterapia, en la que, como su nombre indica, la música es utilizada como terapia con el objetivo de provocar resultados en el usuario, ya sea recuperar, mejorar o mantener algunas de sus funciones. Se puede aplicar a nivel preventivo (las personas se mantengan el mayor tiempo activas, productivas y saludables) o de intervención (tratamiento complementario para estimular o trabajar una serie de objetivos terapéuticos funcionales que han sido formulados por el equipo interdisciplinario). En Terapia Ocupacional es esta última la que se va a utilizar (7).

La Federación Mundial de Musicoterapia (1966) define la Musicoterapia como: "la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movimiento, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento" (8).

Encontramos diferentes formas de aplicarla: pasiva (la persona escucha y la música persuade sin ninguna utilización de instrumentos ni movimientos), activa (la persona es protagonista y más participativa), mixta (mezcla de las anteriores), receptiva (escucha del paciente) y creativa (creación de la música mediante ritmos de voz, instrumentos, movimientos del cuerpo... por parte del paciente) (4).

La aplicación de las intervenciones de musicoterapia en el campo de las demencias, se ha desarrollado desde una gran variedad de entornos y enfoques, siempre con el objetivo de mejorar o mantener las habilidades específicas en las diferentes áreas funcionales (área física-motriz, cognitiva, socio-emocional y área de comportamiento) (7).

Acerca de la evocación de determinados recuerdos musicales, se considera uno de los elementos que forman parte de las técnicas de reminiscencia (6).

La reminiscencia intenta, mediante la evocación de recuerdos y recuperación de experiencias pasadas, producir efectos positivos en el bienestar y calidad de vida de estas personas, obteniendo grandes avances en la comunicación, estado de ánimo, esfera cognitiva y autoestima, entre otros (9). Las personas con demencia que no puedan participar verbalmente, podrán experimentar bienestar simplemente por estar inmersa en un proceso en el que se remoran sus recuerdos (3).

Las terapias de reminiscencia e historias de vida, presentan numerosos beneficios en las personas mayores, como el aumento de la satisfacción, personal, ayuda a disminuir o prevenir la depresión, limita el dolor crónico, promueve la orientación y mejora el nivel cognitivo. Se trata de una alternativa muy potente a favor de la socialización e interacción social de las personas (13).

Existen evidencias de que las intervenciones no farmacológicas en la EA, la figura del TO es una alternativa para que estas personas puedan mantener su independencia funcional en las AVDs el mayor tiempo posible (10).

La reciente revisión sistemática de Watt y cols., mostró que las diferentes terapias no farmacológicas (como la terapia de reminiscencia, estimulación

cognitiva, terapia ocupacional, etc.), pueden ser tan buenas o incluso mejores que las farmacológicas para tratar la depresión y los síntomas neuropsiquiátricos (como la agitación y la agresión) en personas con demencia (14).

La música es capaz de generar efectos beneficiosos en el comportamiento, el estado de ánimo, la emoción y la cognición en personas con demencia (15), así como mejorar el desempeño de habilidades temporo-espaciales, atención, fluencia verbal, creatividad (6,8) y lenguaje (8). La mejoría mnésica se ve favorecida por el uso de una música conocida y estimada por los pacientes (6). Además, el tipo etiológico de demencia también puede determinar la respuesta terapéutica (8).

Otros estudios en pacientes con EA en fase leve obtuvieron mejorías en la abstracción, memoria a corto plazo y una leve reducción de los síntomas psicológicos y conductuales y una mejora de la calidad del sueño (15). De esta forma, la terapia musical, aumenta el umbral de tolerancia hacia los estímulos ambientales estresantes, disminuyendo el grado de agitación y las dosis de tranquilizantes necesarias para estos pacientes (6).

Por otro lado, las capacidades y habilidades musicales se pueden mantener hasta fases de la demencia muy avanzadas, incluso cuando el lenguaje está deteriorado. La preferencia individual de la música, sin embargo, se preserva a lo largo de toda la evolución de la demencia. Se ha demostrado que mantener la conexión musical e interpersonal ayudará a la persona a mantener su calidad de vida (16).

La Musicoterapia grupal es una terapia no invasiva y de bajo coste, que disminuye la depresión, aumenta la participación y retrasa el deterioro cognitivo (16). Se considera que los profesionales sociosanitarios deben establecer la Musicoterapia como una prioridad para complementar el tratamiento farmacológico de los síntomas depresivos y de agitación, en personas mayores de residencias diagnosticadas de demencia (17).

En la actualidad, la terapia musical y terapias de reminiscencia, se pueden aplicar en diferentes lugares y contextos geriátricos. Dependiendo del nivel de autonomía personal y del desempeño funcional de los pacientes, estas

terapias pueden utilizarse en centros cívicos, residencias de ancianos, centros de día, hospitales de día, residencias geriátricas, etc. (18).

Justificación de la Intervención desde la Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional, promueve el desarrollo, recuperación o mantenimiento de las habilidades que permiten a la persona llevar a cabo actividades de ocio, laborales o de la vida diaria (3).

Desde esta disciplina, es importante tener en cuenta los diferentes cambios que se dan en las etapas personales y planificar las intervenciones de acuerdo a sus intereses, por lo que repercutirá directamente en la autoestima y motivación por intentar mantener un estilo de vida productivo que dé lugar a las condiciones necesarias para poder desenvolverse en un entorno rico y estimulante (1).

En el tratamiento de personas con demencia, las intervenciones desde terapia ocupacional se basan en actividades con propósito y adaptación del entorno, para que la persona conserve durante el mayor tiempo posible, un máximo de autonomía funcional e integración en su ambiente, dando lugar a una mayor calidad de vida y autoestima de la persona. De esta forma, la TO se basa tanto en aspectos cognitivos como físicos y emocionales. La intervención no retrasa la progresión de los síntomas de la demencia, sino que tiene un efecto principal sobre la capacidad de desempeño cotidiano (3,10).

A día de hoy la musicoterapia está muy presente en el ámbito geriátrico y cada vez más servicios cuentan en la programación con intervenciones con este tipo de tratamiento. La musicoterapia y la terapia ocupacional, son dos disciplinas complementarias, ya que suelen compartir diferentes puntos de vista y enfoques en las reuniones de equipo, por lo que se refuerza el apoyo recíproco entre ambas disciplinas y crean interesantes intervenciones (7).

La Terapia Ocupacional, tal y como se ha mencionado anteriormente, se dirige tanto al área cognitiva como a la física y, a través de las diferentes técnicas de musicoterapia, se abarcan aspectos incluidos en estas, como es el caso de la memoria, la atención y la concentración, gnosias, praxias,

lenguaje, coordinación, funciones respiratorias, etc., entre otras. Es en este punto en el que se observa la complementariedad de ambas disciplinas (7).

Marcos y Modelos conceptuales

El principal modelo en el que se basa este programa de intervención, es el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO). Trata de identificar aspectos que se encuentran interrelacionados y que consideran al ser humano como un sistema abierto y dinámico, analiza los estímulos que le llegan desde el entorno (social, físico y cultural) y elabora una respuesta a partir de dicha información para organizar la conducta ocupacional. Creado por Gary Kielhofner, establece como objeto de estudio la ocupación, así como la importancia de la perspectiva de la persona y la participación activa en la misma, proporcionando una visión holística (19).

El Modelo de Ocupación, tiene tres elementos principales: el ser humano, como un sistema abierto, en interacción con el entorno, y la conducta ocupacional, que será la interacción del individuo con el entorno, constituyendo el “continuo volitivo”. A su vez, se establecen tres subsistemas internos de la persona: volición (encargado de elegir nuestras ocupaciones y proporcionar la motivación, energía e interés para actuar), habituación (organización de hábitos, roles, tareas y actividades para lograr una mayor adaptación ante situaciones) y ejecución (capacidad para realizar actividades, llevado a la producción de un comportamiento con un fin. El objetivo final es identificar cuáles son los puntos fuertes y débiles de los diferentes elementos de la ocupación (11,19).

Los instrumentos de valoración del MOHO serán los elegidos para la evaluación de los usuarios del programa, así como para obtener la información necesaria tanto para los objetivos como para el proceso de intervención (1,11).

Asimismo, se recurrirá al Modelo de la Discapacidad Cognitiva de Claudia Allen (1985). Está basado en la teoría de la discapacidad cognitiva en la que el usuario refleja un déficit en el procesamiento de la información, teniendo dificultades a la hora de realizar actividades de la vida diaria de forma autónoma, normalizada y segura (1). Este modelo propone adaptar distintas

tareas como actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y ocio de la persona. Según las capacidades cognitivas que posean, potenciando la adaptación e independencia de la persona, y se identifica las condiciones ambientales idóneas que se necesitan para poder llevar a cabo la intervención (2,12).

Este trabajo se centrará en las terapias o tratamientos no farmacológicos, más concretamente en la terapia musical y reminiscencia, así como en los beneficios que producen en las diferentes demencias, desde la terapia ocupacional.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar el efecto cognitivo y de comunicación e interacción en pacientes con demencia a través de un Programa de Musicoterapia y Reminiscencia desde Terapia Ocupacional, en una residencia geriátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Medir el incremento a nivel cognitivo según MMSE tras el programa de intervención.
- Medir el incremento a nivel comunicación e interacción a través del ACIS a término de la intervención.
- Valorar las medidas subjetivas de satisfacción personal tras la intervención de musicoterapia.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA:

Se han realizado distintas búsquedas en diferentes bases de datos como Dialnet, Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza, Pubmed, revistas electrónicas y de la terapia ocupacional (Revista electrónica de la Terapia Ocupacional de Galicia (TOG) y Google Académico.

Las palabras clave que han sido utilizadas para la búsqueda han sido: musicoterapia, terapia musical, terapia ocupacional y geriatría, terapia ocupacional y demencias, demencia, terapias no farmacológicas, Alzheimer, tipos de demencia, Modelo de Ocupación Humana, Modelo de Discapacidad Cognitiva, reminiscencia, residencia geriátrica, entre otras, y sus respectivos homónimos en inglés.

METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA:

El trabajo realizado es un programa de intervención aplicado, a través del cual se ha evaluado el efecto y los beneficios que produce la musicoterapia y reminiscencia en pacientes con demencia desde la Terapia Ocupacional.

El programa de intervención, se llevará a cabo en una Residencia Geriátrica de Zaragoza, Domus Vi Zalfonada. Cuenta con cuatro plantas comunicadas entre sí, y, cada una de ellas tiene la misma distribución, exceptuando la planta -1, donde se encuentra la sala de terapia ocupacional.

En cuanto a los residentes, la residencia cuenta con un total de 135 plazas residenciales, y se asignan las habitaciones en función de su estado por plantas. En la planta 0, encontramos a los residentes independientes o autónomos, en planta 1 los de gran dependencia y en planta 2, los residentes semiválidos o con dependencia moderada.

El programa de Terapia Ocupacional se basa en una serie de tareas/actividades que se realizan a lo largo de toda la semana. Entre ellas destacan: la supervisión de las AVD de vestido y aseo personal de varios de los residentes en sus respectivas habitaciones, distintos talleres como el taller

de memoria/reminiscencia, de rehabilitación funcional, relajación y estimulación orofacial, psicomotricidad, arteterapia etc.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

El programa está destinado a personas diagnosticadas de demencia (vascular, Alzheimer, presenil, pseudodemencias depresivas...). Los requisitos que han de cumplir son:

- Estar diagnosticados de demencia.
- Puntuación de Mini-Mental entre 13-24 puntos.
- La música esté dentro de su listado de intereses.
- Puntuación de ACIS en dominio físico entre 0-24 puntos, intercambio de información entre 0-27 puntos, y relaciones entre 0-15 puntos.
- Presentar alguna afección ocupacional: problemas en la socialización, limitaciones en la comunicación, problemas cognitivos... que les impidan llevar a cabo ocupaciones significativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyen a personas que tengan alteraciones de conducta o problemas atencionales y de concentración, que no sean capaces de participar o mantenerse activos en actividades durante el tiempo que duren las sesiones.

Debido a las restricciones de aforo en las salas debido a la pandemia, y la organización de la residencia en el servicio de terapia ocupacional, finalmente, se seleccionaron un total de 10 usuarios para llevar a cabo el programa, de acuerdo a estos criterios de inclusión:

PACIENTE	DIAGNÓSTICO
R.M.	Demencia presenil no complicada.
L.B.	Demencia de tipo Alzheimer.
P.F.	Demencia de tipo Alzheimer, depresión.
I.S.	Demencia vascular.
P.A.	Demencia de tipo Alzheimer.
P.V.	Demencia de tipo Alzheimer.
P.A.	Demencia de tipo Alzheimer
E.G.	Demencia.
A.E.	Demencia.
L.M.	Depresión (Pseudodemencia depresiva).

Tabla 2- Grupo de pacientes que van a participar en el Programa.

El programa está diseñado para que lo realice la terapeuta ocupacional de la Residencia Domus Vi de Zaragoza, ya que a causa de la pandemia de Covid-19, no he podido tener acceso a la misma. La Terapeuta, será la encargada de proporcionarme la información necesaria acerca de la historia clínica y ocupacional de los usuarios del programa, realización de las evaluaciones que se consideren necesarias para la intervención y posteriormente enviarme los resultados, y, por último, la puesta en práctica de las diferentes sesiones diseñadas por mí.

FASES DEL PROGRAMA:

El programa se llevará a cabo durante 6 meses. Se dividirá en 3 fases teniendo en cuenta el Marco de Trabajo de la AOTA: (20)

- **Evaluación (1º mes):** evaluación de los usuarios inmersos en el programa, de acuerdo a sus niveles cognitivos y habilidades comunicativas. Las herramientas de evaluación son:
 - Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS): evalúa a las personas en las diferentes áreas de desempeño y en las habilidades de comunicación e interacción. La evaluación está constituida por diversas acciones que representan habilidades de desempeño y cada habilidad es graduada de acuerdo a una escala de puntuación. Existen tres dominios: físico (0-24 puntos), intercambio de información (0-36 puntos) y relaciones (0-20 puntos). Pertenece al Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (21,22).
 - Mini-Mental (MMSE): Procedimientos de cribado neuropsicológico para la evaluación rápida en los casos en los que se sospecha la presencia de deterioro cognitivo debido a demencia. Se trata de una prueba escrita con una puntuación máxima de 30 puntos, donde una puntuación por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo. Para este punto de corte de deterioro cognitivo, la sensibilidad de la herramienta es de 89'8% y la especificidad es de 75'1% (23).
- **Planificación e implementación de la intervención (2º-4º mes):** el programa es desarrollado con el fin de ajustarse a los objetivos

propuestos, mediante una serie de actividades donde la base principal es la música, ajustada a sus intereses y gustos personales para trabajar simultáneamente la reminiscencia.

Este programa se llevará a cabo durante 6 meses, con una sesión semanal de 1h (los jueves por la tarde). Serán sesiones grupales formadas por 10 usuarios de la Residencia Domus Vi de Zaragoza, en la sala de terapia ocupacional.

A continuación, se muestra una tabla donde quedan reflejadas las sesiones y las fechas de realización:

ACTIVIDAD REALIZADA	FECHA DE REALIZACIÓN
BINGO MUSICAL 1	19/11/2020
BINGO MUSICAL 2	26/11/2020
BINGO MUSICAL VERSIÓN NAVIDEÑA	24/12/2020
RELACIÓN CANCIÓN-AUTOR	10/12/2020
TARAREAR FRAGMENTOS DE CANCIONES	10/12/2020
LETRAS DE CANCIONES A COMPLETAR	3/12/2020
RITMOS	17/12/2020
CANCIONES ACTUALES VS DE SU ÉPOCA	11/02/2021
SONIDOS AMBIENTALES	18/02/2021
GESTOS ENCADENADOS	4/03/2021
IDENTIFICAR GÉNEROS DE MÚSICA	25/02/2021
CANCIONES QUE SE OS OCURRAN CON LA PALABRA...	25/02/2021

Tabla 3- Sesiones realizadas durante el Programa.

- **Revisión de resultados (5-6º mes):** tras completar el plan de intervención con el grupo seleccionado, se realizan de nuevo las evaluaciones iniciales, tanto MMSE como ACIS, además de una

encuesta de satisfacción del programa realizado. El tiempo establecido entre las encuestas iniciales y las finales es de 6 meses.

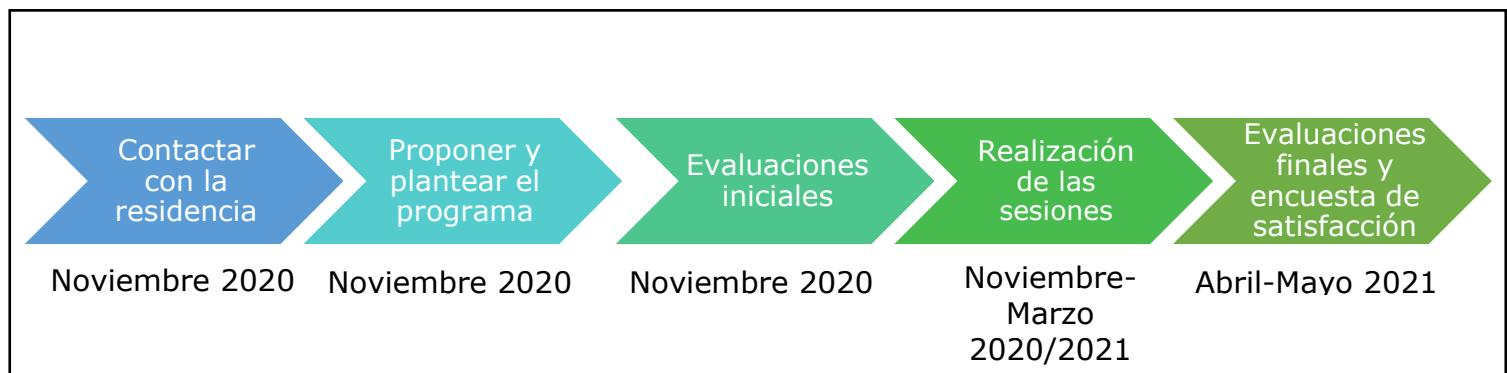


Fig.1- Cronograma general del Programa de Intervención

DESARROLLO DEL PROGRAMA

EVALUACIÓN INICIAL:

Antes de la primera sesión con el grupo de intervención, se realizan las evaluaciones mencionadas anteriormente, obteniéndose los siguientes resultados:

	MMSE	ACIS	
R.M.	22	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 13 • Intercambio de información: 24 • Relaciones: 13 	<p>No focaliza la mirada en los otros. Tendencia a dirigirse únicamente al terapeuta.</p> <p>Se muestra a la defensiva cuando se siente frustrada o desorientada.</p>
L.B.	13	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 22 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 13 	<p>Hipoacusia bilateral marcada, muy sociable y activa. Gran autonomía personal.</p> <p>Tendencia a discurso repetitivo. Anima a participar.</p>
P.F.	18	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 21 • Relaciones: 11 	<p>Tendencia a aislarse. Ante preguntas directas se orienta correctamente, aunque por voluntad propia le cuesta.</p> <p>Hipoacusia que limita la interacción.</p>
I.S.	23	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 21 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	
P.A.	21	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 18 • Intercambio de información: 21 • Relaciones: 13 	Demasiado prudente. Se aprecia fallo en la iniciativa, muy buena reserva cultural.
P.V.	13	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 20 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	<p>Tendencia a un discurso verborreico e ideas recurrentes.</p> <p>Buena reserva, se aprecia que fue muy activa socialmente.</p>

P.A.	13	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 12 • Intercambio de información: 20 • Relaciones: 13 	<p>Bradipsiquia marcada. Inexpresión facial, tendencia al mutismo.</p> <p>Dificultad por su bradipsiquia, aunque interacciona a su ritmo, brotes de agresividad con delirios, ideas recurrentes de perjuicios.</p>
E.G.	24	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 21 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	
A.E.	17	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 22 • Relaciones: 13 	<p>Tendencia a invadir espacio personal de la otra persona cuando se dirige a ella. Bajo nivel cultural.</p> <p>Usuario que vivió varios años en soledad.</p>
L.M.	18	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 24 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	<p>Tendencia a tono bajo de habla. Introvertida por baja reserva cultural.</p> <p>Se siente cómoda con el resto, incluso bromea.</p>

Tabla 4- Evaluaciones iniciales y resultados obtenidos.

ACTIVIDADES Y SESIONES REALIZADAS:

La tabla que se muestra a continuación (tabla 5) refleja la descripción, materiales y objetivos de las sesiones diseñadas para este Programa.

Estas actividades están pensadas para personas cuyas funciones cognitivas y capacidades no estén muy afectadas, que sean capaces de recordar, que presten atención y puedan concentrarse en la actividad. No se realizan adaptaciones de la actividad, excepto en las que haya que reproducir música debido a la hipoacusia de algunos de los pacientes.

ACTIVIDAD	MATERIALES	DESCRIPCIÓN	¿QUÉ TRABAJAMOS?
BINGOS MUSICALES 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 playlist de Spotify con 12 para cada bingo. Los bingos 1 y 2 serán canciones de sus épocas, y el bingo de navidad serán villancicos. • Altavoz, fichas de plástico y cartones de bingo, formados por 6 títulos de canciones. (ANEXO III). 	A la hora de realizar la actividad, se van reproduciendo aleatoriamente las canciones, y los usuarios deben ir tachándolas en su cartón mediante unas fichas. Gana el que cante línea y posteriormente, bingo.	<p>Los objetivos de la actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la memoria a corto y largo plazo, gnosis auditiva y asociación de título-cantante-canción, atención sostenida y dividida. • Reminiscencia a través de recuerdos por medio de la música.
RELACIÓN CANCIÓN-AUTOR 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 canciones con sus respectivos autores en una tabla. (ANEXO IV) • Tijeras. • Altavoz. 	La tabla propuesta deberá ser recortada por los usuarios, separando los títulos de sus autores. Se escuchará de fondo las canciones de forma aleatoria, de tal forma que los usuarios tendrán que unir la canción con su autor.	<p>Los objetivos de esta actividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la memoria a corto y largo plazo. • Reminiscencia, evocando recuerdos a través de pistas musicales. • Atención sostenida y dividida, manteniendo la concentración en la actividad y al asociar canción-autor. • Praxis y motricidad fina: recortar.

CANCIONES ACTUALES VS CANCIONES DE SU ÉPOCA 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 canciones actuales de diferentes géneros por medio de una lista de Spotify. • Letras de las canciones. (ANEXO V). • Altavoz. 	<p>Primero se leen las letras de las canciones con los usuarios. Despues, la terapeuta reproducirá las canciones y hará preguntas a los usuarios como: ¿qué te ha parecido?, ¿Y la letra?, ¿la bailarías?, ¿existen diferencias con las de tu época? ...</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un debate entre el grupo y la terapeuta. • Crear una opinión crítica de la música actual vs la de su época. • Fomentar la participación grupal, así como la comunicación verbal.
GESTOS ENCADENADOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas formando un círculo. • Canciones de diferentes géneros musicales (pop español e inglés, canciones actuales y de los años 60, 70 y 80, sonidos ambientales...). • Listas de YouTube. • Altavoz. 	<p>Les pondremos música de fondo y tendrán que:</p> <p><i>Parte 1:</i> moverse como ellos quieran al son de la música.</p> <p><i>Parte 2:</i> un usuario comienza haciendo los movimientos que quiera y al sonido de una palmada, tendrá que pasarle "el don de la música" a otro compañero.</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el trabajo en grupo. • Mejora de la autoestima y estado de ánimo, atención dividida... • Favorecer la movilidad corporal y expresión (comunicación verbal y no verbal).
IDENTIFICAR GÉNEROS MUSICALES 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes listas de géneros musicales de YouTube. • Altavoz. 	<p>Reproducir diferentes géneros musicales y tratar de identificarlos. Los géneros propuestos son: coplas, pasos dobles, baladas, flamenco, rock, reggaetón...</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los diferentes géneros musicales. • Trabajar la atención, la memoria a largo plazo, la orientación temporal y el lenguaje.

<p>CANCIONES QUE EMPIECEN O CONTENGAN LA PALABRA...</p> 	<p>Las palabras o categorías propuestas son: Amor, Tiempo, Corazón, Manos, Siempre/nunca, Juntos, Algún animal, Algún color, Noche/día, Dolor, Flores, Algún nombre propio.</p>	<p>Esta actividad consiste en proponerles una serie de palabras o categorías de palabras, donde ellos deben ser capaces de, a partir de ellas, buscar canciones que en su título o letra contengan esas palabras.</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la memoria, atención, lenguaje (comunicación verbal). • Evocar recuerdos (Reminiscencia). • Mejorar el estado de ánimo y el trabajo en grupo.
<p>TARAREAR FRAGMENTOS DE CANCIONES</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Canciones de las listas de reproducción de Spotify de los bingos musicales. • Altavoz. 	<p>Primero, se reproducirán una selección de las diferentes canciones propuestas. Después, les diremos uno a uno (al oído) una canción de las escuchadas previamente, y tendrán que tararearla. El resto de los integrantes del grupo deberán de adivinarla de cual se trata.</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr la participación de todos los miembros del grupo, que se sientan importantes y activos. • Perder la vergüenza por medio de la música y que se diviertan. • Trabajar la atención, el lenguaje, escucha activa, percepción y gnosis auditivas, etc.

COMPLETAR LETRAS DE CANCIONES 	<ul style="list-style-type: none"> Letras incompletas (con huecos) de las canciones: "El corazón contento", "El Porompompero", "Mi Carro" y "Vivir así es morir de amor". (ANEXO VI). Altavoz. 	<p>Se reproducirán las 4 canciones, leyendo sus letras completas, al principio de la sesión. Después, daremos comienzo a la actividad, reproduciendo una a una con pausas, para que vayan completando los huecos de las letras de las canciones a modo de dictado.</p>	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabajar el lenguaje, tanto la compresión oral como la escrita, la motricidad fina (por medio de la escritura), la atención y memoria acerca de la escucha activa de las canciones, evocación de recuerdos y emociones.
RITMOS 	Plantillas de ritmos dibujados. (ANEXO VII)	Reproducir los ritmos representados gráfica y numéricamente por medio de la percusión corporal.	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la atención, concentración, inhibición y expectancia, ritmos corporales... a través de la música.
SONIDOS AMBIENTALES Y EMOCIONES 	<p>Listas de reproducción de sonidos ambientales de YouTube, folios y pinturas.</p> <p>Los sonidos escogidos son: de tormenta, niños jugando, el mar, el bosque, tráfico en la ciudad, obras.</p>	Tendrán que ir escuchando los diferentes sonidos, y, en un folio en blanco, pintar o dibujar lo que les sugiere, lo que sienten al escucharlo y lo que les transmite.	<p>El objetivo de esta actividad es:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer su autoestima, sus estados emocionales, sentimientos y evocación de recuerdos. Trabajar la motricidad fina, a partir de la terapia musical y la arteterapia, por medio de los dibujos que realicen.

Tabla 5- Descripción y objetivos de las sesiones.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y RESULTADOS

Tras completar el programa de intervención en la residencia, se hace una reevaluación de los usuarios partícipes del programa, realizando de nuevo las evaluaciones iniciales (MMSE y ACIS). Se obtienen los siguientes resultados objetivos:

	MMSE 1	MMSE 2	
R.M.	22	21	
L.B.	13	22	
P.F.	18	19	
I.S.	23	23	
P.A.	21	18	
P.V.	13	17	
P.A.	13	13	
E.G.	24	24	
A.E.	17	22	
L.M.	18	23	
	ACIS 1		ACIS 2
R.M.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 13 • Intercambio de información: 24 • Relaciones: 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 26 • Relaciones: 13 	<p>Más involucrada en el grupo. Le gusta más la sesión y lo hace visible interactuando más con los compañeros, con mayor iniciativa y predisposición. Ha mejorado su apatía y desconexión, aunque precise refuerzo continuado por mantenerse).</p> <p>Interviene de forma más activa y con los otros. A veces, si no coincide con el resto de iguales, se frustra y no vuelve a intervenir. Suele</p>

			<p>reconducir su actitud si se refuerza positivamente.</p> <p>Limitación notable en escucha activa y focalización de la atención, que influye en su interacción, mostrando irascibilidad.</p>
L.B.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 22 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 24 • Intercambio de información: 33 • Relaciones: 18 	<p>Más centrada en el grupo, se aprecia mayor implicación para conseguir involucrarse, a pesar de su deprivación sensorial. No solo se dirige a la terapeuta, sino también hacia los compañeros.</p> <p>Se observa mejor en la capacidad de adaptación e integración en contexto. Anteriormente existía tendencia a centrarse únicamente en su discurso.</p> <p>Por lo general, ha mejorado en la interacción con sus iguales. Se siente cómoda y se esfuerza más por involucrarse a pesar de su hipoacusia.</p>
P.F.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 21 • Relaciones: 11 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 23 • Relaciones: 16 	<p>Más involucrada en las sesiones. Le cuesta seguir o colaborar por iniciativa propia en las sesiones. Tendencia a discurso redundante e ideas recurrentes.</p> <p>Le cuesta orientarse en el objetivo, pero participa activamente cuando se orienta. "Busca" interactuar con los otros.</p>
I.S.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 21 • Intercambio de información: 23 • Relaciones: 15 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 23 • Intercambio de información: 33 • Relaciones: 17 	<p>Corrige su tendencia a interactuar solo con la terapeuta. Se dirige más hacia el resto del grupo. A veces le cuesta respetar el</p>

			<p>turno de palabra de los demás, pero se deja reconducir, cosa que, al inicio de estas sesiones, no hacía.</p> <p>Ha mejorado su relación con el grupo por valorar positivamente lo que opina el resto.</p>
P.A.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 18 • Intercambio de información: 21 • Relaciones: 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 21 • Intercambio de información: 31 • Relaciones: 17 	<p>Se observa que está más cómoda en el grupo, reconoce al resto de compañeros y ya asocia la sesión con la música y le gusta. Orientada en contexto, se siente segura y así lo refiere verbalmente y de forma no verbal.</p> <p>Integrada en el grupo. Al sentirse orientada interactúa de forma activa. Muestra iniciativa, aunque no siempre entienda el objetivo de la sesión. Se aprecia mayor facilidad para adaptarse mediante refuerzo de terapeuta o compañeros.</p> <p>Por lo general, se involucra más en el grupo, aunque le cueste centrarse a veces. Fácil de reconducir.</p>
P.V.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 20 • Intercambio de información: 29 • Relaciones: 15 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 22 • Intercambio de información: 33 • Relaciones: 17 	<p>Mejora en la interacción no verbal. Le cuesta respetar el turno de palabra. Se involucra y le encanta. Ya reconoce el grupo y las sesiones. Participa activamente.</p>
P.A.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 12 • Intercambio de información: 20 • Relaciones: 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 14 • Intercambio de información: 22 • Relaciones: 13 	<p>A pesar de su bradipsiquia, se aprecia mayor iniciativa dentro de sus limitaciones. Aunque la lentitud de respuesta o movimiento sea muy notable, su</p>

			<p>predisposición ante la interacción es visible, aunque no llegue a interactuar de forma activa en el grupo.</p> <p>A pesar de sus limitaciones de expresión, tanto verbal como no verbal, responde ante la pregunta directa. Ha evolucionado en la interacción dentro de sus capacidades.</p> <p>Reconoce la sesión, le gusta. No se observa tan ausente como al inicio de la propuesta de intervención.</p>
E.G.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 21 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 22 • Intercambio de información: 34 • Relaciones: 17 	<p>Se dirige con su cuerpo de forma correcta, tanto a la hora de dirigirse a sus compañeros como para intervenir en la sesión.</p> <p>A veces le cuesta modular su tono de voz o respetar los turnos de palabra. Integración correcta. No acepta las críticas y muestra irascibilidad.</p>
A.E.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 17 • Intercambio de información: 22 • Relaciones: 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 19 • Intercambio de información: 25 • Relaciones: 14 	<p>No siempre interactúa de forma correcta o acorde al contexto, se aprecia que "respeta más" el espacio de compañeros. Mejora en el control de su lenguaje no verbal y desinhibición.</p> <p>No siempre respeta el turno de palabra.</p>
L.M.	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 24 • Intercambio de información: 27 • Relaciones: 15 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio físico: 24 • Intercambio de información: 34 • Relaciones: 20 	Se siente segura y eso se aprecia en su colaboración.

Tabla 6- Evaluaciones finales y resultados obtenidos.

De esta forma, se pueden obtener los siguientes resultados:

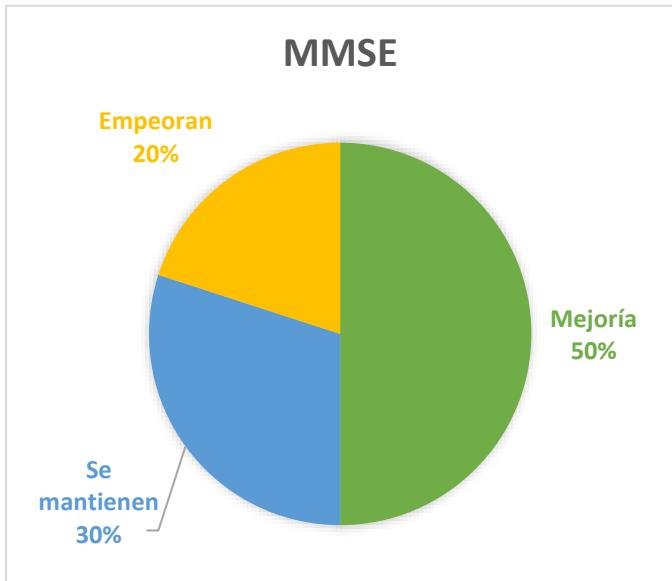


Fig. 2- Resultados MMSE

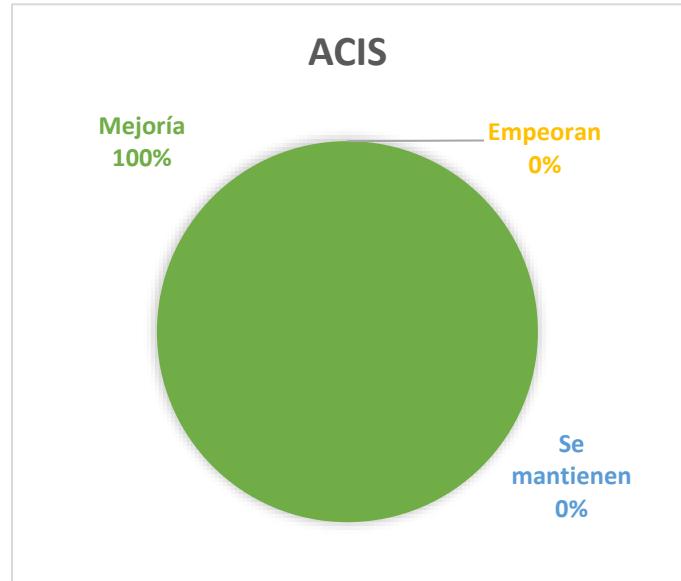


Fig. 3- Resultados ACIS

Existe mejoría en ambas evaluaciones, más claramente en el ACIS. En el caso de MMSE, el 50% de los usuarios mejora, un 30% se mantienen y tan solo un 20% de los usuarios, empeoran. La media de las evaluaciones iniciales era de 18'2 puntos respecto a 20'2 puntos de las finales.

En el caso del ACIS, ninguno de los usuarios empeora. Un total del 100% de los usuarios, presentan mejoría en esta escala. La media de las evaluaciones iniciales era de 56'2 puntos, respecto a 65'6 puntos de las finales.

En cuanto a la valoración subjetiva, se realiza mediante la encuesta de satisfacción (ANEXO VIII). Se obtienen los siguientes resultados:

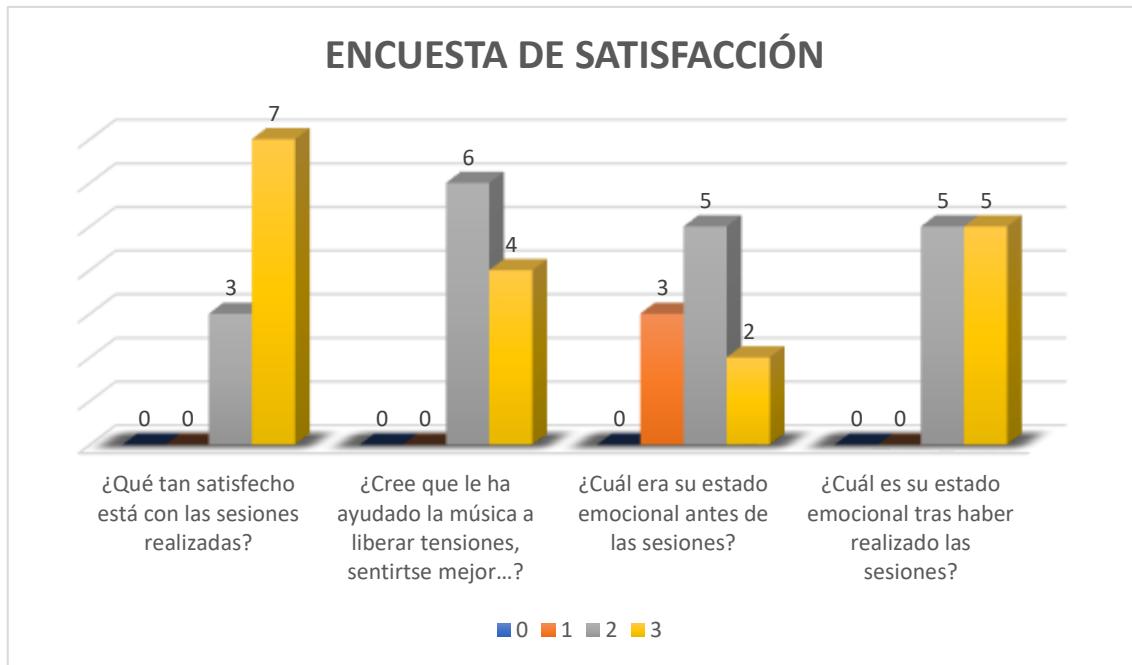


Fig. 4- Encuesta de Satisfacción primeras 4 preguntas

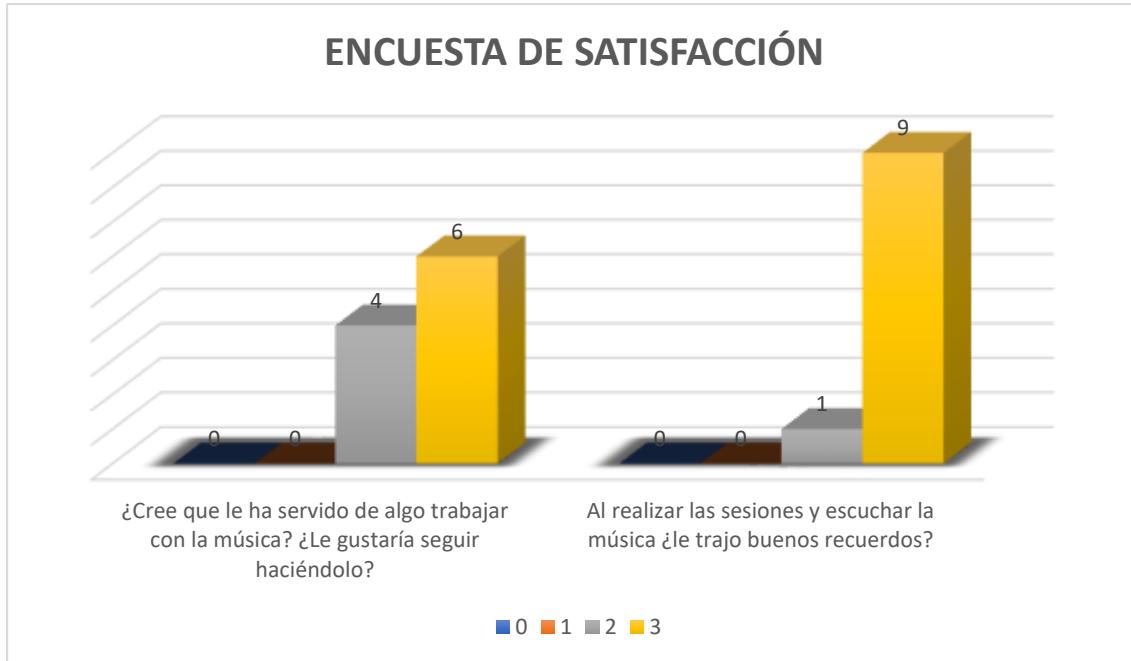


Fig. 5- Encuesta de Satisfacción preguntas 5 y 6



Fig.6- Encuesta de Satisfacción pregunta opinión personal

RESULTADOS ENCUESTA	
Sesiones realizadas en el programa	
70% de los usuarios	Están completamente satisfechos.
30% de los usuarios	Se muestran bastante satisfechos.
Cómo era su estado anímico antes de la participación en el programa	
50% de los usuarios	Consideran que estaban bien y que sabían sobrellevar los problemas.
30% de los usuarios	Consideran que se encontraban regular, con altibajos.
20% de los usuarios	Estaban muy bien y se encontraban a gusto consigo mismos y su entorno.
Cómo era su estado anímico después de la participación en el programa	
50% de los usuarios	Consideraron que estaban muy bien y a gusto con lo que les rodea.

50% de los usuarios	Consideraron que se encontraban bien, sabían sobrellevar sus problemas.
¿Consideran que la música les ha ayudado?	
60% de los usuarios	Consideran que sí, que están de acuerdo en ello.
40% de los usuarios	Consideran que están completamente de acuerdo.
Seguir trabajando con la música	
60% de los usuarios	Están completamente de acuerdo en que quieren seguir trabajando con la música y creen que les ha servido de algo.
40% de los usuarios	Consideran que están de acuerdo.
Sesiones favoritas	
Triple empate	Bingos musicales, sonidos ambientales y arterapia e identificar géneros musicales.
Dos usuarias	Actividades de ritmos y gestos encadenados.

Tabla 7- Resultados de la encuesta de satisfacción

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que las terapias no farmacológicas, entre ellas la música y reminiscencia, son buenas aliadas a la hora de mejorar el estado anímico de las personas con demencia, además de favorecer el rendimiento a nivel comunicativo y cognitivo de las mismas. Otros estudios son concordantes con estos resultados (6,8).

Las puntuaciones de MMSE se han incrementado hasta dos puntos de media desde la valoración inicial a la final. Del mismo modo, el estudio de Gómez Gallego y Gómez García, indica que las puntuaciones del MMSE se ven aumentadas, progresivamente, tras realizar las sesiones musicales (6). En un ensayo clínico aleatorizado desde terapia ocupacional con técnicas de

estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve en atención primaria, realizado por Gómez-Soria y cols., obtuvieron una mejoría en la versión MEC-35 (versión española de MMSE) (24), cuyas correspondencias han sido estudiadas por Vinyoles (25).

En cambio, en las habilidades de interacción y comunicación (ACIS), existe una clara y gratificante mejoría en los usuarios, aumentando hasta más de 9 puntos la media inicial. Tanto en el dominio físico como en las relaciones, el 80% de los usuarios mejoran y el 20% se mantienen. En el apartado de intercambio de información, la totalidad de los usuarios mejoran. Los usuarios pasan de tener un desempeño inefectivo o cuestionable en el rendimiento de la comunicación, a un desempeño competente que apoya la comunicación e interacción.

Entrevistando a la terapeuta ocupacional de la residencia con respecto a su percepción del estado anímico, manifiesta que casi la totalidad de los usuarios se muestran altamente satisfechos con el trabajo realizado, mostrando claros reflejos de bienestar, relajación y emociones positivas.

La musicoterapia junto con la terapia de reminiscencia desde la perspectiva del terapeuta ocupacional permite el diseño de actividades altamente satisfactorias para los usuarios. Tanto la musicoterapia como la Terapia Ocupacional están muy presentes en el ámbito geriátrico a día de hoy (7).

En cuanto a las limitaciones encontradas, la pandemia de COVID-19 ha hecho que sea imposible mi presencialidad en las sesiones, además del acotamiento de los integrantes del programa debido a las restricciones de aforos. Por otro lado, se ha identificado una escasez de bibliografía acerca de la mejora en el aspecto comunicativo valorado con la escala ACIS, por lo que se considera este estudio como novedoso y una vía interesante para seguir investigando en esta línea de trabajo.

Otra futura línea de trabajo sería realizar un ensayo clínico aleatorizado donde existiese un grupo control que no recibiese las sesiones musicales y de reminiscencia, y compararlo con el grupo intervención que sí las recibiera. De esta forma, se podría comprobar la verdadera efectividad del programa; ya que se considera que las mejoras observadas en este estudio no se pueden

atribuir en exclusividad a las sesiones musicales realizadas, puesto que los usuarios participan en más talleres cognitivos en la residencia y las sesiones del programa eran de una hora semanal.

Por ello, se puede concluir que, la Musicoterapia, es altamente beneficiosa. Es capaz de unir emocionalmente a las personas y hacer que evoquen recuerdos, de tener efectos estimulantes sobre la actividad cognitiva y el ánimo, además de al ser trabajada en grupo, favorece las relaciones sociales, la fluidez y contenido del discurso y la capacidad de denominación de las personas con demencia (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Martínez M, Toledano González A, Bermúdez Bayón U. Terapia ocupacional en geriatría. Madrid: Síntesis; 2019.
2. Bas Tessier C. PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA EN UN CENTRO DE DÍA. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. [Consultado en 14 de enero de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7845/files/TAZ-TFG-2012-456.pdf>
3. Moreno-Martínez FJ, Moratilla Pérez I. Demencia: qué es y cómo puede tratarse. Madrid: Síntesis; 2014.
4. De la Rubia Ortí J, Sancho Espinós P, Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education [Internet]. 2014 [Consultado en 14 de enero de 2021];(4, nº2):131-140. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4932394>
5. Muñoz García B. Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional [Internet]. 2018 [Consultado en 14 de enero de 2021];(13):1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562812>
6. Gómez Gallego M, Gómez García J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. Neurología [Internet]. 2017 [Consultado en 16 de enero de 2021];(32 (5):300-308. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.12.001>
7. Valero Merlos E, Rico Becerra JI. Terapia ocupacional: Nuevos retos en geriatría y gerontología. 1^a ed. Alcantarilla Murcia: Morphos; 2015

8. Miranda Marcelo C., Hazard Sergio O., Miranda Pablo V.. La música como una herramienta terapéutica en medicina. Rev. chil. neuro-psiquiatría. [Internet]. 2017. [Consultado en 2 de febrero de 2021] ; 55(4): 266-277. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000400266&script=sci_arttext
9. Salinas Tabuenca Ó. Estudio sobre la efectividad de la intervención mediante terapia de reminiscencia en la autoestima de usuarios institucionalizados en una residencia [Trabajo de Fin de Máster. Máster Universitario en Gerontología Social]. Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. [Consultado en 6 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://zaguan.unizar.es/record/88701/files/TAZ-TFM-2019-099.pdf>
10. Matilla Mora R, Martínez Piédrola R, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2016 [Consultado en 10 de febrero de 2021];(51(6):349-356. Disponible en: <https://www.elsevier.es/revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15002085>
11. Falah Reyes A. ¿Pueden ser la música y la terapia ocupacional buenas aliadas?: Programa de intervención en esquizofrenia paranoide [Trabajo de Fin de Grado. Grado de Terapia Ocupacional]. Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [Consultado en 10 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://zaguan.unizar.es/record/89107/files/TAZ-TFG-2018-1187.pdf>
12. Marco de Referencia de Discapacidad Cognitiva de Claudia Allen. UNIPAMPLONA 2015 [Internet]; [Citado en 4 de febrero de, 2021]. Disponible en:
<https://enfouesto.wixsite.com/unipamplona2015/blank-f5inp>

13. Arié Bordetas, R., Terapia de Reminiscencia basada en ocupaciones previas: efecto en la fluencia verbal en personas mayores con deterioro cognitivo leve. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. [Consultado en 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/88143/files/TAZ-TFG-2019-1085.pdf>
14. Watt J A, Goodarzi Z, Veroniki A A, Nincic V, Khan P A, Ghassemi M et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis BMJ [Internet]. 2021[Consultado en 15 de mayo de 2021]; 372: n532. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n532>
15. Llabrés Pablos J. Efectividad de la aplicación de la musicoterapia en pacientes con enfermedad de Alzheimer. [Trabajo de Fin de Grado]. Universitat de les Illes Balears. Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2017. [Consultado en 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4264>
16. Palau Belenguer, R., Efectos y aplicaciones de la musicoterapia en pacientes con demencia. [Trabajo de Fin de Grado.] Universitat Jaume I de Castellón de la Plana Grado de Enfermería; 2018. [Consultado en 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/89107/files/TAZ-TFG-2018-1187.pdf>
17. Ray K, Mittelman M. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. Dementia (London) [Internet]. 2017 [citado en 20 de febrero de 2021];(16 (6):689-710. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1471301215613779>
18. Gómez Romero M., Jiménez Palomares M., Rodríguez Mansilla J., Flores Nieto A., Garrido Ardila E., González López-Arza M., Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. Neurología [Internet]. 2017 [citado en 15 de

febrero de 2021];(32):253-263. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002485?via%3Dihub>

19. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación 3^a ed. [Internet]. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004 [2 de Enero de 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hBQfhHcs->
20. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [Internet]. 2010 [Consultado en 6 de febrero de 2021]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
21. Lasso Jaramillo, DA., López Matabanchoy, J., Martinez Oliva, M., Lourido Jurado, D.; Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción. BIC [Internet]. 8 de agosto de 2019 [Consultado en 3 de marzo de 2021];6(1):73-4. Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1945>
22. Forsyth K, Salamy M, Simon S, Kielhofner G. Manual del Usuario de Evaluación de las Habilidades de Interacción y Comunicación (ACIS). 4th ed. [Internet]. Learninghouse del Modelo de Ocupación Humana, Department of Occupational Therapy, College of Applied HealthSciences, University of Illinois at Chicago; 1998. [Consultado en 25 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/34655332/EVALUACI%C3%93N_DE LAS_HABILIDADES_DE_COMUNICACI%C3%93N_E_INTERACCI%C3%93N_ACIS

23. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día J, de la Cámara C, Ventura T et al. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clinc (Barc)*. [Internet]. 1999;Jun 5(112 (20):767-74. [Consultado en 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422057/>
24. Gómez-Soria I, Andrés Esteban E, Gómez Bruton A, Peralta-Marrupe P. Análisis del efecto a largo plazo de un programa de estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo leve en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado. *Atención Primaria*. [Internet]. 2021;53(7):102053. [Consultado en 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102053>
25. Vinyoles Bargalló E, Vila Domènech J, Argimon Pallàs J, Espinàs Boquet J, Abos Pueyo T, Limón Ramírez E. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*. [Internet] 2002;30(1):5-13. [Consultado en 26 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78956-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78956-7)

ANEXOS I-II

Hoja de puntuación ACIS

Cliente			
Examinador			
Fecha de evaluación		Edad	
Adaptaciones			
Diagnóstico			

Criterio de evaluación:

	COMPETENTE
	Desempeño competente que apoya el rendimiento en la comunicación / interacción y conlleva a un resultado exitoso en la interacción interpersonal / grupal . El examinador no observa evidencia de déficit.
	CUESTIONABLE
	Desempeño cuestionable que de lugar a riesgo del rendimiento en la comunicación / interacción y conlleva a un resultado incierto en la interacción interpersonal / grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit
	INEFECTIVO
	Desempeño inefectivo que interfiere el rendimiento en la comunicación / interacción y conlleva a un resultado indeseable en la interacción interpersonal / grupal. El examinador observa déficit leve a Moderado
	DÉFICIT
	Déficit en el desempeño que impide el rendimiento en la comunicación / interacción y conlleva a un resultado interpersonales / grupales inaceptables. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro. Provocación o quiebre de la interacción grupal.

DOMINO FÍSICO

Contacta	4	3	2	1	
Contempla	4	3	2	1	
Gesticula	4	3	2	1	
Maniobra	4	3	2	1	
Se orienta	4	3	2	1	
Se posiciona	4	3	2	1	

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Articula	4	3	2	1	
Es asertivo	4	3	2	1	
Pregunta	4	3	2	1	
Se involucra	4	3	2	1	
Se expresa	4	3	2	1	
Modula	4	3	2	1	
Comparte	4	3	2	1	
Habla	4	3	2	1	
Sostiene	4	3	2	1	

RELACIONES

Colabora	4	3	2	1	
Cumple	4	3	2	1	
Se centra	4	3	2	1	
Se relaciona	4	3	2	1	
Respeta	4	3	2	1	

COMENTARIOS:

--

MMSE

NOMBRE_____ EDAD_____ FECHA_____

ORIENTACIÓN:

1. Día	Fecha	Mes	Estación	Año
2. Lugar	Planta	Ciudad	Provincia	Nación

MEMORIA DE FIJACIÓN:

3. Repita estas 3 palabras: peseta-caballo-manzana
(repetir hasta que las aprenda y contar nº de intentos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

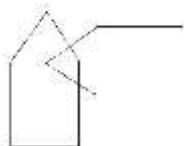
4. Si tiene 30 pesetas y me va dando de 7 en 7.
¿Cuántas le van quedando?
Anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta.

MEMORIA (repetición):

5. ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

6. Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto)
Repetir con un reloj
7. Repita esta frase: en un trigal había cinco perros
8. Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo.
9. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
10. Escriba una frase completa
11. Copie este dibujo:



TOTAL.....

PUNTO DE CORTE 24/30

ANEXO III

BINGO MUSICAL 1:

- "Marinero de Luces" de Isabel Pantoja.
- "Mi Carro" de Manolo Escobar.
- "Me Gustas Mucho" de Rocío Dúrcal.
- "La Gata bajo la Lluvia" de Rocío Dúrcal.
- "Como yo te amo" de Raphael.
- "Melancolía" de Camilo Sesto.
- "Que viva España" de Manolo Escobar.
- "Soy minero" de Antonio Molina.
- "Sierra de Luna" de Manolo Escobar.
- "Campanera" de Joselito.
- "El Emigrante" de Juanito Valderrama.
- "Juntos" de Paloma San Basilio.

BINGO MUSICAL 2:

- "Mediterráneo" de Joan Manuel Serrat.
- "Tractor amarillo" de Zapato Veloz.
- "Un beso y una flor" de Nino Bravo.
- "Vivir así es morir de amor" de Camilo Sesto.
- "Mi gran noche" de Raphael.
- "Corazón contento" de Marisol.
- "Vivo cantando" de Salomé.
- "La, La, La" de Masiel.
- "Olvídame y pega la vuelta" de Pimpinela.
- "Tómbola" de Marisol.
- "El Porompompero" de Manolo Escobar.
- "Se me enamora el alma" de Isabel Pantoja.

BINGO MUSICAL DE NAVIDAD:

- "All I want for Christmas it's you" de Maria Carey.
- "El burrito sabanero".
- "Campana sobre campana".
- "Los peces en el río".

- "Noche de paz".
- "Ay el chiquirritín".
- "Hacia Belén va una burra".
- "Ande la marimorena".
- "Arre borriquito".
- "El tamborilero".
- "Feliz navidad".
- "Blanca Navidad".

MI GRAN NOCHE	TRACTOR AMARILLO	SE ME ENAMORA EL ALMA
MEDITERRÁNEO	CORAZÓN CONTENTO	LA, LA, LA

CAMPANA SOBRE CAMPANA	EL BURRITO SABANERO	ARRE BORRIQUITO
ANDE LA MARIMORENA	ALL I WANT FOR CHRISTMAS IT'S YOU	HACIA BELÉN VA UNA BURRA

ANEXO IV:

ME GUSTAS MUCHO	ROCÍO DURCAL
MARINERO DE LUCES	ISABEL PANTOJA
UN BESO Y UNA FLOR	NINO BRAVO
VIVO CANTANDO	SALOMÉ
CAMPANERA	JOSELITO

JUNTOS	PALOMA SAN BASILIO
MI GRAN NOCHE	RAPHAEL
TÓMBOLA	MARISOL
SOY MINERO	ANTONIO MOLINA
EL POROMPOMPERO	MANOLO ESCOBAR

ANEXO V:

- "Tú me dejaste de querer" de C Tangana y La Húngara.
- "Vida de rico" de Camilo.
- "Pa toda la vida" de Don Patricio.
- "Vas a quedarte" de Aitana.
- "Si tú laquieres" de Aitana y David Bisbal.
- "Un día" de Jbalvin, Dúa Lipa.
- "Jerusalema" de Master KG.
- "Del mar" de Ozuna.
- "Malamente" de La Rosalía.
- "Bailando" de Nil Moliner.
- "Chica ideal" de Sebastián Yatra.
- "Limbo" de Daddy Yankee.
- "Wake me up" de Avicii.
- "Esto no para" de Kase O.
- "La venga ya cayó" de Miki Núñez.

ANEXO VI:

CORAZÓN CONTENTO - MARISOL

Tú eres lo más lindo de mi _____
 aunque yo no te lo diga,
 aunque yo no te lo diga.

Si tú no estás yo no tengo _____,
yo te extraño de noche,
yo te extraño _____.

_____ que sepas,
que nunca quise así,
que _____ comienza,
cuando te conocí.

Tú eres como _____ de la mañana,
que entra por mi ventana,
que entra por _____.

Tú eres de mi vida la alegría,
eres _____ en la noche,
eres luz de mis días.

Tengo _____ contento,
el corazón contento lleno de alegría,
tengo el corazón contento,
desde aquel _____ que llegaste a mí.

Y doy gracias a la vida,
y le pido a Dios,
que no me faltes _____.

Yo quisiera que sepas,
que nunca quise así,
que _____ comienza,
cuando te conocí.

Tengo el corazón contento,
_____ contento lleno de alegría,

tengo el corazón contento,
desde aquel momento que llegaste _____
Y doy gracias a la vida,
y le pido a _____,
que no me faltes nunca.
Yo quisiera que sepas,
que nunca quise así,
que mi vida _____,
cuando te conocí.
Tú eres como el sol de la mañana,
que entra _____
que entra por mi ventana.

EL POROMPOMPERO - MANOLO ESCOBAR

El trigo entre todas _____
Ha elegido a la amapola
Y yo elijo a mi _____
Dolores, Lolita, Lola
Y yo, y yo elijo a mi Dolores
Que es la, que es _____
Doló, Dolores, Lolita, Lola
Porompom pón, poropo, porompom pero, peró
Poropo, porom pompero, peró
Poropo, porompom pon
A los clizos de mi _____
Le' voy a poner un candao

Por no ver las cosas raras

De ese _____ chalao

Por no, por no ver las _____ de ese

De ese niñato chalao, que te

Que te apunta y no dispara

Porompom pón, poropo, porompom pero, peró

Poropo, porom pompero, peró

Poropo, porompom pon

El cateto de _____

Que no me venga con leyes

Que pa' ello, yo soy _____

Que llevo sangre de reyes

Que pa', que pa' ello, yo soy gitano, que lle

Que llevo _____ de reyes en la

En la palma de la mano

Porompom pón, poropo, porompom pero, peró

Poropo, porom pompero, peró

Poropo, porompom pon

Verde era la _____

Verde era la parra

Debajo del _____

Retumbaba el agua, retumba, retumba, retum

Porompom pón, poropo, porompom pero, peró

Poropo, porom pompero, peró

Poropo, porompom pon

Porompom pón, poropo, porompom pero, peró

Poropo, porom pompero, peró

Poropo, porompom pon

MI CARRO – MANOLO ESCOBAR

Mi carro me lo robaron, estando de _____

mi carro me lo robaron, anoche cuando dormía

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

me dicen que le quitaron, los _____ que relucían,

creyendo que eran de _____ de limpios que los tenía.

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

Donde quiera que esté, _____ es mío,

porque en él me crié, allá en el río

sí lo llego a encontrar, vendrás _____,

en mi carro de _____, por el camino.

Les digo por el _____, hablando con los romeros,

que llevan sobre su vara , mi nombre 'grabao' a _____.

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

¿dónde estará mi carro?

En mi carro gasté, una _____

y en mis _____, llevé la luna

preguntando busqué, por todas partes

y por fin lo encontré, _____.

VIVIR ASÍ ES MORIR DE AMOR – CAMILO SESTO

Siempre me traiciona _____

Y me domina _____,

No se luchar contra el amor.

Siempre me voy a enamorar

De quien de mi _____,

Y es por eso que mi alma llora.

_____,

Siempre se repite la misma historia

Y ya no puedo más,

Estoy harto de rodar _____.

Vivir así es morir de amor,

Por amor tengo el alma _____,

Por amor, no quiero más vida que su vida,

_____.

Vivir así es morir de amor,

Soy mendigo de _____,

Soy su amigo

Y quiero ser algo más que eso,

_____.

Siempre se apodera de mi ser

_____ se vuelve locura,

Y me llena de amargura.

Siempre me voy a _____

De quien de mi no se enamora

Y es por eso que _____.

Y ya no puedo más,

Siempre se repite la misma _____

Y ya no puedo más,

_____ de rodar como una noria.

Vivir así es morir de amor...

ANEXO VII:

I III II IIII I III I II II

1 3 2 4 1 3 1 2 2

IIII II III I IIII I II III

4 2 3 1 4 1 2 3

IIIIII I IIII I IIIII I I III

6 1 4 1 5 1 1 3

IIII I IIII II III II IIII I

4 1 4 2 3 2 4 1

ANEXO VIII:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ACERCA DE LAS SESIONES DE TERAPIA MUSICAL Y REMINISCENCIA

NOMBRE:..... **FECHA:**.....

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con las sesiones realizadas?

- 0. Completamente insatisfecho/a
- 1. Algo insatisfecho/a
- 2. Bastante satisfecho/a
- 3. Completamente satisfecho/a

¿Crees que te ha ayudado la música a liberar tensiones, sentirte mejor, más tranquilo/a...?

- 0. No estoy de acuerdo en absoluto
- 1. Algo en desacuerdo
- 2. De acuerdo
- 3. Completamente de acuerdo

¿Cuál era tu estado emocional, en general, cuando empezaron con las sesiones musicales?

- 0. Estaba bastante mal, no quería afrontar las cosas, la vida me resultaba muy dura
- 1. Regular, tenía altibajos según los días
- 2. Estaba bien, no me afectaban mucho los problemas, sabía sobrellevarlos
- 3. Estaba muy bien, estaba a gusto con mi vida y mi entorno

¿Cuál es tu estado emocional actualmente, tras haber realizado las sesiones?

- 0. Estoy bastante mal, no quiero afrontar las cosas, la vida me resulta muy dura
- 1. Regular, tengo altibajos según los días
- 2. Estoy bien, no me afectan mucho los problemas, sé sobrellevarlos
- 3. Estoy muy bien, estoy a gusto con mi vida y mi entorno

¿Crees que te ha servido de algo trabajar con la música? ¿te gustaría seguir realizándolo más a menudo?

- 0. No estoy de acuerdo en absoluto
- 1. Algo en desacuerdo
- 2. De acuerdo
- 3. Completamente de acuerdo

Al realizar las sesiones y escuchar las canciones de tu época, ¿te trajo buenos recuerdos?

0. No estoy de acuerdo en absoluto
1. Algo en desacuerdo
2. De acuerdo
3. Completamente de acuerdo

¿Qué actividad, de todas las realizadas, te ha gustado más y por qué?

.....
.....
.....

ANEXO IX:

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

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

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por Laura Agudo Mancebón, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud, siendo tutorizado por estela Calatayud y co-tutorizado por Lara Tascón. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es realizar un programa de intervención de Musicoterapia en la Residencia Domus Vi de Zaragoza.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además, el investigador/estudiante podrá participar como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a las entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Laura Agudo Mancebón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es demostrar la eficacia de la Musicoterapia en pacientes con demencia, a través de un programa de intervención con un conjunto de usuarios de la Residencia.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Laura Agudo Mancebón, a lauragudo.m@gmail.com o al teléfono 636587672.

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

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha