



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Intervención desde terapia ocupacional en un caso individual de enfermedad de Alzheimer con la música como herramienta principal de trabajo

Autor/a: Mónica Sebastián Romero

Directora. Isabel Gómez

ÍNDICE

1. .RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Descripción del problema de salud escogido.....	4
2.2 Justificación desde la intervención de la T.O.....	7
2.3 Descripción del recurso.....	9
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo general.....	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
4. METODOLOGÍA.....	11
4.1 Procedimiento de evaluación inicial del caso y resultados	11
4.2 Descripción del proceso de intervención.....	12
5. RESULTADOS.....	15
6. CONCLUSIONES.....	18
7. BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXO I ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE.....	21
ANEXO II ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR.....	22
ANEXO III CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	23
ANEXO IV CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	24

1. RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que provoca una progresiva pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas, con síntomas también en la esfera conductual y psicológica, pérdida de autonomía y todo ello con una importante sobrecarga para la familia y el entorno social. El abordaje de este trastorno y de otras demencias afines requiere una estrategia multidimensional que pueda afrontar las diversas necesidades que plantea el enfermo y su familia. En él se incluye la terapia ocupacional, que hace uso de la ocupación como herramienta para ayudar a la persona en la construcción y desarrollo de una vida significativa y autónoma. La música, como elemento presente en la vida de las personas prácticamente desde sus inicios, puede ser una opción ocupacional desde la que enfocar la terapia. He centrado como objetivo particular tratar los síntomas neuropsiquiátricos (depresión, apatía, sensación de dolor...), que son aquellos en los que está demostrada mayormente su efectividad con este tipo de tratamiento.

El instrumento básico a utilizar ha sido la música, y la vivencia de la misma como medio para estimular y trabajar con la paciente con E.A.

La intervención consta de una valoración inicial de la paciente seguida de 15 sesiones de unos 40 minutos de duración cada una basadas en principios de la musicoterapia fundamentalmente.

Finalizadas las sesiones se procede a una reevaluación de la paciente en las mismas escalas que al principio. Los datos muestran una clara mejoría en los aspectos que queríamos tratar, reduciendo la apatía depresión y sensación de dolor de la persona tratada.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Descripción del problema de salud escogido

“La enfermedad de Alzheimer (EA) es un proceso neurodegenerativo de curso progresivo caracterizado por un deterioro en varios dominios cognitivos y multitud de síntomas neuropsiquiátricos los cuales van a producir una alteración importante en el funcionamiento del individuo” (Aguera, 1998)¹.

Aunque también se puede presentar en individuos jóvenes, la inmensa mayoría de los casos va a debutar a partir de los 60 años, duplicándose la prevalencia cada 5 años a partir de esa edad. En la mayor parte de los casos de inicio presenil se va a dar en un contexto de agregación familiar con un patrón de herencia autosómico dominante (Alberca, 1998)¹.

-Déficit cognitivos

Sabemos que la EA es un proceso degenerativo con una anatomía patológica bien definida que habitualmente comienza a nivel del hipocampo para irse extendiendo progresivamente hacia los lóbulos temporal lateral, frontal y parietal, de modo bilateral y relativamente simétrico. Este patrón de progresión anatomopatológica se correlaciona bien con la evolución de los déficits cognitivos¹.

El síntoma principal de la EA y habitualmente el que da inicio a la clínica es la pérdida de memoria episódica. El patrón de la pérdida de memoria en esta enfermedad es relativamente específico: los pacientes comienzan con dificultades para aprender nueva información y olvidan rápidamente la que han sido capaces de aprender recientemente. La información más antigua y la remota están respetadas hasta fases más avanzadas del proceso demenciante. Como la enfermedad de Alzheimer afecta por igual a ambos hemisferios, esta alteración de la memoria episódica es cierta tanto en su versión verbal como visual (American Psychiatric Association, 2007)¹.

Otros tipos de memoria como la semántica y la procedimental están preservadas en las fases iniciales y se irán deteriorando más adelante con la progresión¹.

Como es bien sabido la EA es una demencia multidominio y además del cuadro amnésico que es la manifestación por antonomasia, clásicamente se han descrito otras el resto de alteraciones cognitivas con la tríada afasia-aparaxia-agnosia. Además de esto, hoy sabemos que la alteración de las funciones ejecutivas es prominente y precoz.

El lenguaje es, tras la memoria, la segunda función más afectada en la EA. Las primeras manifestaciones vienen dadas por una dificultad para nominar los objetos, como consecuencia el discurso se va plagando de pausas para encontrar las palabras y de circunloquios. Es muy habitual el uso de palabras comodín como por ejemplo "cosa" o "eso" para suplir el déficit. La comprensión se afecta en etapas más avanzadas, aunque si puede ser evidente al principio un problema en la comprensión del lenguaje figurativo (por ejemplo refranes y metáforas), que probablemente esté más en relación con un déficit en la capacidad de abstracción que con una alteración pura del lenguaje. En la exploración formal se objetivan dificultades en la nominación y en la repetición y parafasias (más frecuentemente semánticas). Es característica una mayor afectación de la fluencia categorial que de la fonémica. Con la evolución se va deteriorando progresivamente el lenguaje hasta alcanzar el mutismo en las fases finales¹.

El compromiso del hemisferio derecho se pone de manifiesto, entre otras cosas, por alteraciones visuoespaciales. El enfermo muestra problemas de orientación que se hacen mucho más evidentes al salir de su entorno habitual. Con el avance de la enfermedad es muy habitual que el enfermo acabe perdiéndose incluso en zonas conocidas y habituales. En la exploración se pueden observar dificultades en la copia de figuras o en el test del reloj¹.

Las gnosias también acaban por alterarse, imposibilitando el reconocimiento de objetos y personas, en fases avanzadas incluso de los familiares más cercanos.

Progresivamente se irán presentando dificultades para la utilización de objetos y la ejecución de determinados patrones motores, al principio el déficit se limita a las acciones más complejas pero con el tiempo el paciente llega a ser incapaz de realizar actos tan sencillos como peinarse o comer. En la exploración en fases poco avanzadas es característico encontrar apraxia ideatoria en mayor medida que ideomotora¹.

Las funciones ejecutivas se alteran de forma precoz en la enfermedad de Alzheimer, de tal modo que el paciente presenta incapacidad para planificar y ejecutar acciones dirigidas a un objetivo, así como una importante falta de flexibilidad cognitiva. Este tipo de déficit en las funciones frontales es uno de los que mayor impacto causa en la funcionalidad del individuo y en su capacidad para permanecer independiente. Se afecta también la capacidad de abstracción dificultando al paciente la comprensión del lenguaje metafórico o figurativo. Es habitual también en fases avanzadas la falta de inhibición de respuestas motoras y verbales que puede dar lugar a

comportamientos socialmente inadecuados, como desinhibición sexual o lenguaje grosero (Doody, 2001) (Martinez Lage, 2000) (Martinez Lage, 1996)¹.

-Síntomas neuropsiquiátricos

Los síntomas neuropsiquiátricos son extremadamente frecuentes en la EA y tienen gran repercusión funcional en la vida del paciente y del cuidador. En muchos casos son decisivos para precipitar la institucionalización del paciente. Los más frecuentes y precoces son la apatía, la depresión, la ansiedad y las ideas delirantes¹.

La apatía es quizás el cuadro más frecuente, y, aunque se asocia en muchos casos a depresión, la tendencia últimamente es a no considerarla como un síntoma de esta última, sino como un síndrome concreto que puede darse de forma independiente. Hay muchos enfermos con apatía sin depresión y viceversa. La apatía se manifiesta por falta de interés y motivación por las actividades cotidianas. Se produce una falta de iniciación y posteriormente de persistencia en las conductas y un déficit en la generación de objetivos propios. Su presencia se ha relacionado con un mayor impacto en el funcionamiento del individuo y un mayor grado de declinar cognitivo. La apatía es más frecuente en personas de mayor edad y a medida que avanza la enfermedad¹.

Los síntomas depresivos son muy frecuentes y se estima que el 50% de las personas con EA cumplirán los criterios diagnósticos de depresión mayor en algún momento de la evolución. Los síntomas cardinales son la tristeza, la anhedonia y los sentimientos de inutilidad del paciente.

La ansiedad coexiste habitualmente con la depresión y causa inquietud, malestar psíquico y multitud de manifestaciones vegetativas como palpitaciones o síntomas digestivos vagos.

Las ideas delirantes pueden aparecer en un momento relativamente precoz de la evolución, las más habituales son las ideas de robo y celos y pueden ser tremendamente disruptivas para el ambiente familiar.

La agresividad no es infrecuente y causa un gran impacto en la vida de los cuidadores, dificultando enormemente el manejo del enfermo y precipitando en muchos casos la institucionalización.

Son muy habituales las alteraciones en el ritmo sueño-vigila con insomnio nocturno e hipersomnolencia diurna, que dificulta todavía más el funcionamiento social del paciente¹.

Es importante recordar que las manifestaciones neuropsiquiátricas, a diferencia de lo que ocurre con el declinar cognitivo, siguen un curso fluctuante, lo que supone un aspecto relevante de cara a mantener y monitorizar el tratamiento¹.

“La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia grave que afecta a los pacientes, pero que también repercute sobre su entorno familiar y social. Los primeros problemas comienzan en el momento del diagnóstico, ya que el propio paciente en las fases más leves no reconoce ni entiende la enfermedad².”

“La prevalencia (estandarizada) de las demencias en Europa es de aproximadamente el 6% de las personas de 65 o más años, como documenta el último Estudio EURODEM (Lobo y cols., 2000), en el que han participado ciudades españolas. La demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer DTA (4,4%) y le sigue la demencia vascular o multi-infarto DV (1,6%). La DTA es más frecuente en mujeres que en varones³. La cifra global de prevalencia, en cualquier caso, varía en función de la edad: una cifra muy baja a los 65 años (0,8%) pero, a partir de ahí, la prevalencia se dobla cada 5 años y llega a ser del 28,5% a los 90 o más años³. “ La Enfermedad de Alzheimer es la enfermedad neurológica más común en mayores de 65 años. La padece el 6% de esta población. El 50-60% de las demencias es tipo Alzheimer. En 2050 se estima que 1 de cada 85 personas sufrirá Alzheimer⁴.”

Los tratamientos actuales para la EA se clasifican en farmacológicos y no farmacológicos, siendo ambos de igual importancia. Aunque los fármacos enlentecen la progresión de algunos aspectos de la EA, su efectividad es limitada y la necesidad de un mayor abanico de opciones obligan a una evaluación rigurosa de las terapias no farmacológicas en la EA.

2.2. Justificación desde la intervención de la T.O.

Las guías de la American Academic of Neurology enfatizan el papel de las terapias no farmacológicas que pueden neutralizar o minimizar problemas de sueño y comportamiento, disminuyendo así la necesidad de medicamentos. La asistencia de terapeutas ocupacionales puede mejorar considerablemente las consecuencias del cuidado del paciente, su seguridad y la carga del cuidador⁵.

Por tanto, la terapia ocupacional en el tratamiento de la EA, es fundamental. En este trabajo, vamos a utilizar como elemento principal de tratamiento la música, ya que está comprobado que tiene un gran poder, ya que nos envuelve a lo largo de nuestra vida, desde el vientre materno y nos acompaña a cualquier parte del mundo que vayamos.

La música tiene unas cualidades que la hacen especial en sí misma: es un arte flexible, tiene la capacidad de movilizar nuestras emociones, pensamientos, sentimientos, recuerdos, puede activarnos o relajarnos, es un medio de comunicación muy cercano, se puede combinar fácilmente con otras artes, etc⁶.

Por eso, es muy eficaz para trabajar aspectos sobre todo neuropsicológicos en la EA.

Muy interesante el artículo publicado este mes en el Huffington Post sobre el uso de la música como terapia para las personas con Alzheimer. La redactora del artículo es Marie Marley, autora de libro "Hoy vuelve pronto: unas memorias de amor, Alzheimer y alegría" (Título original "Come Back Early Today: A Memoir of Love, Alzheimer's and Joy").

La autora señala que las personas que cuidan a una persona con Alzheimer saben que la música es muy especial para ellos y aunque no detiene ni ralentiza el avance de la enfermedad, les puede aportar beneficios significativos. Cita que muchas personas con Alzheimer son capaces de cantar canciones, incluso se acuerdan de la mayoría o toda la letra mucho después de que la enfermedad haya avanzado tanto que ya no reconocen a sus seres queridos, no son capaces de vestirse o no se acuerdan de lo que ha pasado cinco minutos antes.

Marie afirma que, después de escuchar música, se encuentran más tranquilos, su estado de humor ha mejorado y son más activos que antes, algo que mejorará la calidad de vida del paciente y el cuidador. Además, cita que se ha probado que la música ayuda a las personas con algún tipo de demencia, a recuperar recuerdos que sus cuidadores habían dado por hecho que se habían perdido para siempre⁷.

Como la demencia progresa, las personas suelen perder la capacidad de compartir pensamientos y gestos de afecto con sus seres queridos. Sin embargo, conservan su capacidad de moverse con el ritmo hasta muy tarde en el proceso de la enfermedad⁸.

La música es muy efectiva en tres modalidades a tratar⁹:

- a) Como asistente de la propia ocupación
- b) Música como ocupación propiamente dicha.
- c) Música como preparación para la ocupación⁹

En el presente trabajo utilizaremos la música especialmente como ocupación propiamente dicha.

Hay estudios realizados sobre grupos de mayores con Alzheimer que se han llevado a cabo utilizando la música como recurso de tratamiento y siendo

efectiva en muchos aspectos sobre todo para reducir la ansiedad y la agitación¹⁰. (véase el caso)

Así mismo, es sabido que la EA cursa con un deterioro precoz de la capacidad de atención, y se ha demostrado que el uso de la música provoca un estímulo neural incrementando la plasticidad neuronal de las personas con EA¹¹.

He visto positivo realizar este trabajo con mi madre, por varias razones:

- a) El tiempo que paso con mi madre en esta última época donde la enfermedad es cada vez más acusada, va siendo cada vez menos comunicativo y de tipo práctico (baños, revisión de higiene, ropas, etc...), de forma que la calidad de la relación va empobreciéndose. De esta forma, el tiempo de estar con ella se hace más fructífero, ameno y productivo. Ella está más a gusto conmigo y yo con ella, y además, es una gran ayuda para tratar su enfermedad.
- b) Por otro lado, al conocer bien sus gustos y limitaciones, resulta mucho más fácil a la hora de elegir una música que le motive y saber también cuándo algo le molesta o le está gustando.
- c) También es una ventaja la fácil accesibilidad que tengo para realizar el trabajo, tanto en su domicilio como en el mío.

2.3. Descripción del recurso

En este trabajo de caso único vamos a contar con una discografía tanto de música clásica (que es la favorita de la paciente) como de música de su época para evocaciones y recuerdos. También se tocará el piano delante de la paciente ya que es algo que ella demanda cada vez que viene a casa .

Por tanto la evaluación y la intervención se realizarán bien en el domicilio de la paciente como en el de la hija.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

El principal objetivo de este trabajo es elaborar y poner en práctica un plan individualizado y adaptado de terapia ocupacional con una mujer con enfermedad de Alzheimer, utilizando la música como ocupación, y así comprobar, una vez terminado el mismo, si ha repercutido positivamente en el desarrollo de la enferma.

3.2. Objetivos específicos

Nos centraremos especialmente en algunos síntomas neuropsiquiátricos.

- a) Reducir la depresión.
- b) Disminuir o eliminar la sensación de dolor.
- c) Disminuir la ansiedad y la apatía.

4. METODOLOGÍA

4.1. Procedimiento de evaluación inicial del caso y resultados

Para realizar este trabajo, se ha escogido una mujer de 87 años de edad con una demencia de tipo Alzheimer. Para determinar el grado de la enfermedad, se le han pasado varios test.

-**Minimental de Folstein:** Ha obtenido 13 puntos. Con lo cual se le valora como demencia leve a moderada.

Este test es muy popular en el ámbito clínico, ya que permite detectar rápidamente personas con déficit cognitivo importante. Pero también tiene sus limitaciones, ya que depende de respuestas verbales y escritas, y por tanto es una limitación importante para personas analfabetas, ciegas o sordas¹².

-**Índice de Barthel:** valora las actividades básicas de la vida diaria. Obtiene 93 puntos¹³.

Es muy útil y su índice de validez y fiabilidad es elevado.

-**Índice de Lawton y Browdy:** obtiene 17 puntos.

Es la escala más utilizada en la población anciana para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Tiene como limitación que hay que adaptarla al nivel cultural de la persona. También es más útil para valorar mujeres, ya que las actividades son muchas veces inusuales para los varones. Es una escala sensible pero poco específica¹⁴.

-**Set-Test:** obtiene 4 puntos

Es útil para personas analfabetas o con déficit sensoriales. Su brevedad, validez y aceptabilidad lo convierten en un instrumento ideal para la valoración del déficit cognitivo. Como limitaciones citar el hecho de que no explore otras áreas alteradas en los deterioros cognoscitivos como la atención, percepción visual, etc.... La sensibilidad de este test es del 79% y la especificidad del 82%¹⁵.

- **Escala reducida de Yesavage:** esta escala ha demostrado una fiabilidad muy alta con una sensibilidad del 80% y especificidad del 75%¹⁶.

La puntuación obtenida en esta escala es de 10, lo cual significa que existe una depresión establecida. (Anexo I)

-Escala para medir la sensación de dolor: 8

Esta escala estudia la intensidad del dolor que siente el sujeto en un momento determinado. Puede utilizarse en cualquier tipo de pacientes sin importar sexo, edad o raza. Y ha demostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad¹⁷. (Anexo II)

-Inventario de ansiedad de Beck:

La cifra de fiabilidad de este test es del 83%,y la de validez del 89%¹⁸. (Anexo III)

También se le pasa el cuestionario volicional para ver sus intereses y motivaciones.

Todos estos cuestionarios se realizan en el mes de noviembre de 2014

Podríamos destacar de la paciente, que es una mujer tranquila, de buen carácter amable, bondadosa y alegre. Debido a la enfermedad ahora se encuentra casi siempre deprimida y apática. Su única motivación es escuchar música y subir en el autobús de línea. Durante el día pasa mucho tiempo acostada durmiendo. Su relación con las demás personas es prácticamente nula porque ya no reconoce a nadie excepto a sus hijos. Asimismo sufre ansiedad y agitación cuando no se le deja ir a ella sola en el autobús e intenta escaparse.

4.2. Descripción del proceso de intervención

Para la realización de este proceso, me he servido de mi amplia experiencia en el mundo de la música y la docencia con niños pequeños de edades comprendidas entre los 4 y los 14 años con necesidades especiales algunos de ellos(Síndrome de Down, autismo, problemas conductuales...), así como mis conocimientos en la terapia ocupacional. También a través de la bibliografía revisada^{19,20}. Sumando así unos y otros conocimientos, he hecho una recopilación, teniendo en cuenta también los gustos y objetivos expuestos.

El proceso de intervención está basado en las preferencias gustos y motivaciones de la paciente hacia la música. Desde que era pequeña, ha sentido una atracción muy fuerte hacia la música clásica, aunque también cualquier otro tipo de música, llaman su atención.

Aun ahora, encender el CD es de las pocas cosas fuera de las AVBD que sabe hacer. Así mismo, el único momento en que se le ve sonreír es cuando se pone a bailar al son de la música. También disfruta mucho de los cantos de la Misa y de escuchar tocar el piano a su hija.

Por lo tanto, el proceso de intervención va a estar centrado en las siguientes actuaciones:

a) Audiciones musicales:

-Escuchar música por puro placer y tararearla

-Seguir el ritmo con palmadas o con los pies. De esta forma mantendremos su atención y reforzaremos la capacidad rítmica

-Cantar las audiciones que tengan letra. Intercalar fuerte-suave. Así trabajaremos también el tono de voz ya que cada vez va siendo más apagado además de reforzar la memoria.

b) Baile:

Con la música fuerte, "sacaremos" a la paciente a bailar todo el rato que ella quiera y al ritmo que quiera. Así evitamos esa tendencia al sedentarismo que últimamente se le va acentuando.

c) Canto

Además de lo dicho en el apartado de audiciones, cogeremos una guitarra y cantaremos canciones populares de su tiempo que le ayuden a trabajar la memoria y a evocar recuerdos.

d) Piano

Dado que es su instrumento favorito, le dejaremos que se siente y que trabaje de la siguiente manera:

- a) Tocando libremente las teclas como ella quiera. Explorando así sonidos y presión hacia las teclas
- b) Dirigiéndole un poco y sin forzar ni cansarle a tocar unas determinadas teclas mientras la otra persona hace un acompañamiento sencillo de manera que suene bien y le resulte gratificante.

Después de tocar ella, se le interpretarán distintas piezas que le sirvan de refuerzo, relajación y disfrute.

Todas estas actuaciones se trabajarán dos veces por semana de enero a mayo en sesiones de 40 minutos aproximadamente pudiendo acortarse o alargarse dependiendo del estado de la paciente.

Hay que decir que algunas actividades le resultan más atractivas que otras también dependiendo del día. Se realizan en su domicilio un día y otro en casa de la hija ya que es allí donde se encuentra el piano.

Cuando acaban las sesiones se percibe claramente como Lucía está más contenta y habladora. Así mismo, la noche que realiza las sesiones la paciente asegura que descansa mucho mejor. Resaltar que se muestra además siempre muy agradecida por dichas sesiones.

5. RESULTADOS

Una vez completadas todas las sesiones, se reevaluó a la paciente con los mismos instrumentos utilizados al comienzo del proyecto. Además de ellos se empleó la observación al final de cada sesión como instrumento de evaluación, anotando al final de cada una lo más destacable de las mismas así como el grado de satisfacción de la mayor.

Así pues, en el mes de mayo, volvimos a pasar:

- a) El minimal de Folstein.
- b) El índice de Barthel.
- c) La escala de Lawton y Brody.
- d) El set-test de Isaac.

Estas cuatro escalas dieron los mismos resultados que en noviembre

Sin embargo al pasar el resto se puede ver un cambio:

-Escala de depresión abreviada de Yesavage:

Pasamos de un 10 en la puntuación inicial a un 5 al finalizar las sesiones de tratamiento. La paciente se muestra a menudo más feliz, con más esperanza, menos aburrida y más satisfecha con la vida.

-La escala de medición del dolor:

La valoración del dolor pasa a un nivel 2 al final de cada sesión. Esto no es constante en el tiempo, puesto que al siguiente día antes de comenzar las sesiones vuelve a mostrar más intensidad del dolor (normalmente de cabeza, señala), pero podemos afirmar que siempre, al final de cada sesión, la percepción disminuye hasta el nivel 1 o 2.

-El inventario de ansiedad de Beck:

Las puntuaciones en este cuestionario son también mucho más positivas que en el inicial. La ansiedad de la paciente ha disminuido de forma considerable, y más teniendo en cuenta los consejos para que el cuidador vaya haciendo los días que no toque sesión o cuando éstas concluyan.

Al finalizar cada sesión, se anotaba en un cuadernillo el grado de satisfacción y la sensación de dolor y/o bienestar, puesto que antes de las sesiones la paciente siempre comenta lo mal que se encuentra y manifiesta dolor de cabeza y malestar general.

Podemos afirmar que siempre que terminaba la sesión, estas percepciones disminuían o desaparecían por completo.

Los resultados obtenidos en este trabajo van en la misma línea que los encontrados en la bibliografía referente ^{10,21,22,12}.

Finalizado el tratamiento, aconsejo algunas pautas para que el cuidador habitual de la paciente pueda utilizar cada día o cuando crea necesario.

Podemos observar que a pesar de que las cuatro primeras escalas de valoración hayan dado los mismos resultados que antes del comienzo del proyecto, esto también podemos valorarlo positivamente, ya que significa que tampoco ha ido a más el deterioro en estos aspectos. Por lo tanto podríamos concluir que ayuda a frenar el avance de la enfermedad.

Hay numerosos estudios que afirman estos resultados positivos de la musicoterapia en los EA. Citamos como ejemplo el siguiente:

Respecto al deterioro de la capacidad cognoscitiva de los enfermos de Alzheimer Robert William Groene (1993) en su estudio sobre "La efectividad de las intervenciones de uno a uno, con individuos que padecen demencia senil de tipo Alzheimer" afirma que tanto la música por si sola como en combinación con otros tipos de estimulación sensorial ha demostrado una mejora en los pacientes de demencia en las áreas afectivas y en las actitudes sociales, un descenso en ansiedad y en el miedo y una mejora de las diferencias cognitivas²³.

Así mismo, citamos los resultados de otro estudio realizado en el centro mémoire de recursos e investigaciones del servicio de neurología en Montpellier, Francia:

Mejoras significativas en la ansiedad ($p < 0,01$) y la depresión ($p < 0,01$) se observaron en el grupo de terapia de la música como desde la semana 4 hasta la semana 16. El efecto de la musicoterapia se mantuvo durante hasta 8 semanas después de la interrupción de las sesiones entre semanas 16 y 24 ($p < 0,01$)²⁴

Estos son algunos consejos para el cuidador principal una vez finalizadas las sesiones y para realizar de forma habitual:

- a) Escuchar las canciones de la juventud de la persona a menudo provocan la mayoría de los recuerdos. En las últimas etapas de la enfermedad de Alzheimer, es posible que tenga que volver a las canciones aprendidas en la infancia. Anime a cantar a coro.
- b) Animar a bailar si es posible. Melodías de baile de ritmo rápido pueden ayudar a estimular tanto mental como físicamente en los pacientes de Alzheimer.
- c) La música relajante puede ayudar a aliviar la ansiedad y la frustración que sienten muchas personas con la enfermedad de

Alzheimer. Por ejemplo, canciones de cuna a la hora de dormir pueden ayudar a conciliar el sueño²⁵.

6. CONCLUSIONES:

Elaborado un plan de intervención de terapia ocupacional basado sobre todo en la música como herramienta principal, se ha podido comprobar tras la reevaluación diaria y finalizadas las sesiones:

1. Una mejoría notable en el estado general, especialmente anímico de la paciente (reduciendo los síntomas de depresión y ansiedad).
2. Su nivel de participación ha sido muy positivo (no ha habido resistencia ni oposición alguna por parte de la paciente a realizar las sesiones gracias a que la música es de gran interés y motivación).

Puede concluirse que el presente programa puede ser aplicado a otros enfermos de Alzheimer gracias a que la música tiene muy buena aceptación en las personas mayores ^{26, 27}.

Como aportación novedosa de este estudio, podríamos señalar que se podría considerar la participación de un familiar cercano y directo en este tipo de trabajos con el enfermo, ya que de esta manera el ambiente de trabajo es más cercano, opone menos resistencia y la relación afectiva es más estrecha. Al realizar una valoración de los intereses de la paciente basado en el MOHO (modelo de ocupación humana. Estudia el por qué una persona desempeña una determinada ocupación de forma individual, para así utilizar las herramientas adecuadas y efectivas y determinar sobre qué componente de la ocupación hay que dirigir la intervención²⁸), resulta más fácil elegir el tipo de música y canciones que le agradan. Considero importante también el dar unas pautas para que se siga en casa una vez finalizadas las sesiones.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Neurowikia.es[internet] www.neurowikia.es/contents/características-clínicas-de-la-enfermedad-de-alzheimer
2. Peña-Casanova, J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona. Fundación La Caixa 1999. Pp 7-10
3. Lobo, A. Saz, Roy, JF. Deterioro cognoscitivo en el anciano. Medicina InternaHart-. Ed. Court. Barcelona. Cap. IV. 2000. Pp 99-123
4. Lucía, A. Ruiz, JR. Exercise is beneficial for patients with Alzheimer's disease: a call for action. Br J Sports Med. 2011; 45:Pp 468-469
5. Yanguas, JJ. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Vol. 21011 de documentos IMSS. Imsero. -Colección documentos. DOC. 2007. Pp 21.
6. Perez Elizalde, I. Musicoterapia: la utilización de las actividades musicales en el campo de la psiquiatría. Terapia-ocupacional.com.2005. Disponible en : URL http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Musicoterapia_utilizacion_actividades_musicales_psiquiatria.shtml
7. Centro virtual sobre el envejecimiento [internet] Universidad de Salamanca. Marie Marley. La música como terapia para personas con Alzheimer. 2012. Disponible en: <https://www.cvirtual.org/es/blog/la-musica-como-terapia-para-personas-con-alzheimer>
8. Education and care. Alzheimer's foundation of America (AFA) Alicia Ann Clair. 2015. Disponible en <http://www.alzfdn.org/EducationandCare/musictherapy.html>
9. Craig, DG. An overview of evidence-bassed. Informa healthcare. 2008. Vol.22. Pp 73-95.
10. Geriatric Department, Landspítaly Hospital., Reykjavik, Iceland. Musical therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. International Psychogeriatrics. Cambridge Journals. 2006. Vol 18. Issue IV. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=517960&fileId=s1041610206003206> .
11. Muñoz Sanchez, RM. Estudio piloto sobre al eficacia de una intervención cognitiva. Dialnet. Revista asturiana de T.O. 2014. Nº 11. Pp 3-14.
12. Wikipedia [internet]. Mini mental state examination: validez. Editor: Hidehicampers. Fecha de comienzo 9 Dic. 2008; última actualización 15 may 2015. Disponible en http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Mini-mental_state_examination&action=info
13. Ruiz-Ruzafa, J. y Damián Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: índice de Barthel. Scielo. 1997. Vol. 71, nº 2
14. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid-Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.

15. Pascual LF, Martínez JV, Modrego P, Mostacero E, López del Val J, Morales F. El set-test en el diagnóstico de la demencia. *Neurología* 1990 Mar; 5 (3): 82-5.
16. Bacca, A.M; Gonzalez, A; Uriba Rodriguez, A.F. Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos *Pensamiento psicológico*. 2005. Vol.1, nº4.Pp. 53-63
17. Maoluf, J y E.Baños, J. La evaluación clínica del dolor. *Rce. AP*. 2003.
18. Sanz, J, Vázquez, C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. Vol. 10, nº2.
19. Vink, A.C, Bruinsma, M.S & Schotten, R.J. Music therapy in the care of people with dementia. *Cochrane. Database*. 2002.
20. Mateo Hernández, L.A.; del Moral Marcos, M.T y San Romualdo Corral, B. Sistema de evaluación musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras demencias. *IMSERSO*. Madrid. SEMPA 2012. Cap.10. Pp 157-192.
21. Roca, I. Musicoterapia para personas con Alzheimer. Talleres de psicoestimulación a través de las artes. Fundación Uszheimer. Huelva. Ed. Musico-Terapia 2014. Pp. 22-24.
22. Losada, A.; Moreno Rodriguez, R.; Cigarón, M.; Peñacoba, C. e Montorio, I. Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista hospitalaria.org*. 2006. N. 184. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_05.htm
23. Agruparte.com[internet] Vitoria. Teresa Sagasti, Begoña Berneola y Patxi del Campo. Musicoterapia y Alzheimer. Instituto MAP. 2015.
24. Guetin s. Effect of music therapy on anxiety and depresión in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Epub. France. Pubmed. Gov*. 2009; Pp 36-46.
25. Neil Lava. Music therapy for Alzheimer`s Disease. *Web MD*. 2014. Alzheimer's Disease Health Center. *Web MD*. Pp. 1,2. Disponible en: <http://www.webmd.com/alzheimers/alzheimers-therapies-music-art-more>
26. Villamizar Quintero, M.J. La musicoterapia como tratamiento para la conservación de la memoria, el esquema corporal y las nociones espacio-temporales en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes* 2007. P. 51-54.
27. William Groene, R. "Effectiveness of Music Therapy. Intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type". *Journal of Music Therapy*. 1993 Vol. 30. Cap. 3. Pp. 138-157.
28. M. Koger, S." Is Music Therapy an effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature." *Journal of music Therapy*. 1998. Vol. 36. Cap. 1 Pp. 2-15.
29. www.ugr.es[internet]. Cano Deltell, E.E. TP: Modelo de Ocupación Humana (MOHO)
30. Francés, I.; Barandiarás, M.; Marcellán, T.; Moreno, L. Psychocognitive stimulation in dementias. Vol 26, Nº3. *An. SIst. Sanit. Navar*. 2003. Pp. 406.

ANEXO I ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Cuadro 6. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

ANEXO II ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR



ANEXO III CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 - b. Me he decepcionado a mi mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología
Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700
Sabino de Arana, 12 08028-BARCELONA Tf. 93 330 51 40
www.institutferran.org www.cimaclinic.com

ANEXO IV CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D. Miguel Sebastián Romero, tutor legal de D^a Lucía Sebastián Romero, he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del tratamiento de terapia ocupacional realizado a la paciente y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones,

CONSIENTO participar en la realización de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En Zaragoza, a 14 de enero de 2015...

Firmado: D. Miguel Sebastián Romero

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Miguel', is written over a large, light-colored oval scribble. The signature is fluid and cursive.