



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Informe de investigación sobre la intervención con  
enfermos de Alzheimer mediante la música: una  
experiencia en la Residencia Zenón Altau de  
Pedrola

Autora

Raquel Pérez Cuesta

Directora

María José Lacalzada De Mateo

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2017



## AGRADECIMIENTOS

La realización del presente trabajo no habría sido posible sin la colaboración y presencia de:

Mi abuela Josefa. *Por ser mi inspiración, tanto en la realización de este trabajo como en todos los aspectos de la vida.*

Mi familia. *Por el apoyo que me han brindado en todos estos duros meses.*

María José Lacalzada, directora de este trabajo. *Por estar siempre disponible, por su confianza y por su eterna ayuda.*

Residencia Zenón Almau, tanto sus trabajadores como sus residentes. *Por haberme permitido vivir una de las mejores experiencias de mi vida, por haberme enseñado tanto y, sobre todo, por el buen trabajo que están llevando a cabo con los enfermos de Alzheimer.*

*Gracias.*



## RESUMEN

El Alzheimer es una enfermedad que, actualmente, no tiene cura. Ésta, afecta tanto a la persona que la padece como a sus cuidadores, motivo por el cual se ha convertido en el tema central de muchas investigaciones. En este trabajo se investiga sobre los efectos que la música genera en estas personas, llegando a la conclusión de que presenta más efectos positivos que un tratamiento farmacológico, y que si se realizan de manera conjunta, se puede llegar a conseguir que tanto el enfermo como sus cuidadores tengan una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Alzheimer, cuidadores, estrés, musicoterapia, alteraciones, bienestar.

## ABSTRACT

Alzheimer is a disease that does not have a cure yet. It affects both the patient and their caregivers, which is the reason why it has become the main topic of many researches. This study deals with the effects that music has on people who suffer Alzheimer's disease and it came to the conclusion that it does have more positive effects than a pharmacological treatment, and that if both treatments are carried out simultaneously, the quality of life of both the person who suffers Alzheimer's and their caregivers improve significantly.

Keywords: Alzheimer's, caregivers, stress, music therapy, alterations, well-being.



## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	1
1. JUSTIFICACIÓN .....	4
2. METODOLOGÍA.....	5
2.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL .....	5
2.2. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE .....	5
2.3. ENTREVISTA CUALITATIVA.....	6
2.4. Población objeto de estudio.....	7
2.5. Ámbito geográfico y temporal.....	8
2.6. Técnicas y fuentes de información .....	8
2.7. Tipo de investigación .....	9
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL INFORME .....	9
4. MARCO TEÓRICO: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	10
4.1. Alzheimer.....	10
4.2. Cuidadores.....	17
4.3. Musicoterapia para el Alzheimer.....	20
4.4. Calidad de vida.....	24
4.5. Trabajo Social y Alzheimer.....	25
5. CONTEXTO INSTITUCIONAL .....	28
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	29
6.1. Observación participante .....	30
6.2. Entrevistas .....	36
6.3. ¿Cómo se lleva a cabo en la residencia? .....	40
7. PROPUESTA DE MEJORA.....	42
8. CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	45
RECURSOS VISUALES .....	47
ANEXOS.....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Entrevistados	7
Tabla 2. Población objeto de estudio	8
Tabla 3. Grados de demencia (Peña-Casanova, 1999)	12





## 1. JUSTIFICACIÓN

Este Trabajo Fin de Grado trata de realizar un informe sobre la intervención con personas con demencia tipo Alzheimer mediante la música realizada en la Residencia Zenón Altau de Pedrola (Zaragoza). Está planteado desde la perspectiva de lo social y no tanto desde la parte clínica de la enfermedad, aunque trate de dar pequeñas pinceladas para poder comprender mejor la enfermedad.

El interés por el tema de este trabajo nace de una experiencia propia en el momento en el que un familiar contrae dicha enfermedad. Con el transcurso del tiempo cerca de éste, y ante la impotencia que acarrea en las personas más cercanas, se comenzó a investigar con diferentes opciones en busca de un método de “alivio” para el enfermo y sus cuidadores.

En el momento en el que se encontró una muestra de ese “alivio”, se decidió realizar el trabajo de fin de grado encaminado a este tema, para intentar demostrar científicamente que es un método que funciona y que podría ser usado como una herramienta para mejorar la calidad de vida de estas personas.

España está atravesando un envejecimiento demográfico. Actualmente, el 18,2% de la población española tiene más de 65 años de edad, pero este dato ascenderá a 24,9% en los próximos quince años. Debido a esto, la dependencia en este país ascenderá de 52,1% (porcentaje actual) a 59,2% en el año 2029, llegando a alcanzar el 95,6% en el año 2064 si las tendencias demográficas se mantienen. (INE, 2014)

Al tiempo que la esperanza de vida está aumentando, el porcentaje de natalidad desciende. Esto tiene como resultado un envejecimiento progresivo de la población, situación bastante dramática en España. (Peña-Casanova, 1999)

Según Rodríguez (2014), se calcula que en el mundo hay 44 millones de personas afectadas por demencia y se prevé que esta cifra se triplique en los próximos 40 años. A parte de esta importante cifra, las demencias provocan discapacidad y dependencia, suponiendo un gran impacto económico en los servicios de salud. Y para finalizar, las demencias afectan a familiares y cuidadores, calculando que el 70% de los cuidadores de estas personas tienen problemas de depresión, estrés o ansiedad.

El Alzheimer es la demencia más frecuente. Esta enfermedad, actualmente sin cura, presenta varios efectos colaterales tanto en el enfermo como en la familia de éste. Por ello es importante trabajar con ambos.

## 2. METODOLOGÍA

En este apartado se va a explicar la metodología llevada a cabo, entendiendo como metodología al conjunto de métodos y técnicas utilizadas para la realización de una investigación.

Este trabajo de fin de grado trata de una investigación aplicada, y para la realización de dicha investigación, se va a utilizar el método cualitativo, dentro del cual, se usarán las técnicas y herramientas del análisis documental, la observación participante y la entrevista.

### 2.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL

Para la realización de esta investigación, en un primer lugar se realiza una revisión bibliográfica y documental sobre el tema a investigar, donde se ha podido observar que existe gran variedad de documentación acerca la Enfermedad del Alzheimer y los cuidadores de personas dependientes, pero no la suficiente sobre la música como herramienta para dicha enfermedad. Para la realización de este primer paso de la investigación, se ha analizado la documentación encontrada hasta dar con la información con más valor para este trabajo.

La mayor parte de los documentos analizados se han encontrado en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza y en la página web “Envejecimiento en Red”.

Tras este primer paso, gracias a la información encontrada, se ha realizado el marco teórico de este trabajo.

### 2.2. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Para la realización de este trabajo se ha usado la técnica de la observación participante: “una observación en la que el investigador selecciona un grupo humano cualquiera (una isla, una tribu, un pueblo) y se dedica a observarlo detenidamente, viviendo como un individuo más de ese grupo. [...] exige una entrega completa a la tarea de interpretación. El observador se hace parte de la situación, para sentir lo que es vivir en esa situación”. (Ruiz Olabuénaga, 2012:133)

Por ello, la investigación se ha llevado a cabo dentro de la residencia en primera persona durante un periodo relativamente largo de participación en el grupo estudiado, interactuando con las personas con la enfermedad de Alzheimer residentes e intentando describir y comprender la situación tal y como la ven los sujetos estudiados.

La observación participante en esta investigación es muy importante, ya que la enfermedad del Alzheimer impide que los sujetos expresen lo que sienten y cómo lo sienten, y la mejor manera de averiguarlo es estando presente observando si se produce algún cambio en los sujetos.

Corbetta (2007), al igual que otros autores, distingue dos tipos de observación participante: declarada y encubierta. En este caso se ha realizado de manera encubierta, ya que el hecho de que se sientan observados podría producir cambios en su comportamiento, mientras que lo que se quería observar era su manera natural de actuar.

La observación se ha dividido en dos fases:

- Observación antes de usar la herramienta de la música, para conocer el comportamiento natural de cada uno de los sujetos.
- Observación durante el uso de la herramienta de la música, para conocer si esta herramienta produce algún tipo de cambio en el comportamiento de cada uno de los sujetos durante su uso.

Para el registro de los datos observados se realizan fichas de observación donde se anota:

- Saluda cuando alguien entra en la sala
- Mira a las personas que entran en la sala
- Habla
- Contesta a las preguntas
- Expresa algún tipo de sentimientos positivos
- Expresa desorientación (temporal o geográfica)
- Realización de las actividades de la terapeuta

### 2.3. ENTREVISTA CUALITATIVA

Para completar la información recogida mediante la técnica de la observación participante se han realizado varias entrevistas cualitativas al personal que trabaja en la residencia donde se ha llevado a cabo la investigación.

En un principio se había planeado la realización de entrevistas a los sujetos estudiados, pero debido a la enfermedad de la que se trata, ha sido imposible utilizar esta técnica con ellos.

Según Corbetta (2007:344) las entrevistas son “conversaciones provocadas por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación, en un número considerable, que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, guiada por el entrevistador, y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación”.

A través de estas entrevistas se ha tratado de conocer la opinión de los profesionales que trabajan en la Residencia Hospital Altau de Pedrola, sobre la herramienta de la música para mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer, de cómo llevan a cabo las sesiones dentro de la residencia, y si ésta funcionaría para paliar la repercusión de la enfermedad en sus cuidadores no profesionales.

Se han realizado dos tipos de entrevistas:

En primer lugar se han realizado tres entrevistas semiestructuradas a los profesionales de la residencia. Para ello, se ha realizado un guion recogiendo los temas a tratar durante la entrevista, teniendo en cuenta los objetivos que se persiguen en la investigación.

En segundo lugar, se ha realizado una entrevista abierta con una de las profesionales de la residencia, quien está llevando a cabo la utilización de la música como herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer, para conocer más profundamente el tema.

La duración aproximada de cada entrevista es de 50 minutos.

Todas las entrevistas fueron grabadas, pidiendo permiso antes de comenzar, para poder transcribirlas posteriormente.

Entrevistado	Puesto profesional que ocupan en la residencia
Entrevistado 1	Directora
Entrevistado 2	Terapeuta
Entrevistado 3	Auxiliar

Tabla 1. Entrevistados

#### 2.4. Población objeto de estudio

La población objeto de estudio son ocho personas con demencia tipo Alzheimer de la Residencia de Ancianos Zenón Altau de Pedrola, con edades comprendidas entre los 75 y 89 años.

La mayoría de ellos se encuentran en la fase 3 (Avanzada) de la enfermedad.

	Edad	Sexo	Fase
Sujeto 1	80	Hombre	3
Sujeto 2	87	Mujer	3
Sujeto 3	80	Mujer	3
Sujeto 4	83	Hombre	3
Sujeto 5	75	Mujer	2
Sujeto 6	86	Mujer	3
Sujeto 7	85	Mujer	3
Sujeto 8	89	Mujer	3

*Tabla 2. Población objeto de estudio*

La muestra elegida son todas las personas con la enfermedad de Alzheimer, de la residencia donde se realiza la investigación, con las que se está llevando a cabo el proyecto “Música para despertar”, que explicaré más adelante.

#### 2.5. Ámbito geográfico y temporal

La recogida de datos tiene lugar en la Residencia de Ancianos Zenón Almau de Pedrola que se encuentra situada en la población de Pedrola, a 34 kilómetros de Zaragoza contando a día de hoy con 3.458 habitantes<sup>1</sup>.

El trabajo se ha desarrollado desde Mayo hasta Noviembre del año 2016.

#### 2.6. Técnicas y fuentes de información

Las técnicas usadas para la realización de este trabajo son:

- Revisión documental
- Observación participante
- Entrevista estructurada
- Entrevista abierta

Las fuentes de información usadas son:

- Fuentes de información primarias: mediante la observación participante.

---

<sup>1</sup> [www.pedrola.es](http://www.pedrola.es)

- Fuentes de información secundarias: mediante la realización de entrevistas.

## 2.7. Tipo de investigación

Para la realización de este trabajo se ha utilizado un enfoque cualitativo, que está interesado en indagar en los fenómenos sociales y trata de describir, comprender e interpretar el comportamiento humano y la sociedad en profundidad.

Es una investigación aplicada, ya que lo que busca es cambiar la realidad social de las personas con Alzheimer.

Esta investigación es también explicativa ya que no sólo describe un fenómeno, sino que lo que pretende es dar respuesta al por qué ocurre ese fenómeno, intenta entender un fenómeno a partir de sus causas.

A su vez, según su alcance temporal, es una investigación seccional, ya que se recoge la información en un único momento en el tiempo.

Para finalizar, es una investigación mixta, ya que se ha realizado complementariamente tanto usando información obtenida de primera mano, como analizando datos que habían sido obtenidos anteriormente por otras personas.

## 3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL INFORME

Este trabajo trata de averiguar la posible mejora de la calidad de vida de las personas con demencia tipo Alzheimer mediante la música, para seguidamente ver si sería un método factible de ser usado por los cuidadores profesionales y no profesionales.

### Hipótesis

La musicoterapia puede ser una herramienta no farmacológica que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer.

### Objetivo General

Analizar cómo mejora la calidad de vida de las personas con la Enfermedad del Alzheimer mediante la música.

### Objetivos Específicos

- Observar el comportamiento de las personas con la Enfermedad de Alzheimer antes y durante la terapia con música.
- Conocer la opinión del personal de la residencia que está realizando la terapia con la música con enfermos de Alzheimer.
- Conocer cómo se lleva a cabo la terapia en la residencia.

## 4. MARCO TEÓRICO: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 4.1. Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es conocida con este nombre por el doctor Alois Alzheimer, un psiquiatra y anatomopatológico alemán que en 1907 redactó un informe del caso de una mujer llamada Auguste Deter de 51 años de edad que falleció en el hospital de enfermos mentales y epilépticos de Frankfurt (Alemania) con un cuadro clínico de cinco años de evolución. (Martínez, 2009)

Se trata una enfermedad degenerativa del cerebro, crónica, discapacitante y progresiva y actualmente incurable, que se caracteriza principalmente por la pérdida progresiva de la memoria, pudiendo presentarse de diferentes formas según la persona: disminución de la capacidad de razonar, desorientación, alteraciones de conducta, dificultades con el lenguaje o problemas a la hora de realizar las tareas complejas del día a día. (Yanguas, 2007)

Las demencias degenerativas son procesos cuyas causas no son conocidas, que se basan en una destrucción de las neuronas, lo que da lugar a la pérdida progresiva de la capacidad funcional del cerebro. (Barón et al., 2005)

Según Yanguas, debido a que es una enfermedad, por ahora, incurable, el objetivo primordial hacia ésta es el de mantener o mejorar la calidad de vida del enfermo. Esta tarea se presenta difícil ya que la información que dan los enfermos de Alzheimer avanzado sobre su estado de salud es escasa.

Koldo Aulestia, presidente de CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias) apunta que la investigación tanto básica, clínica como psico-social es la única herramienta para poder frenar la enfermedad. Pero existen varias dificultades para esta investigación necesaria, ya que el Alzheimer es un problema del que no se saben las causas,

y hoy en día, sumergidos en una crisis económica en la existen otras preferencias de investigación. (Aulestia, 2014)

#### 4.1.1. Fases

Las fases en las que se dividen la enfermedad son tres: leve, moderada y grave.

Según la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias, CEAFA (2013), hay que tener en cuenta las señales para poder intervenir.

Esta enfermedad va agravándose conforme pasa el tiempo, pero no es un proceso igual para todos los enfermos.

CEAFA explica las etapas de la siguiente forma:

##### Etapa leve

En esta etapa, la persona puede realizar las tareas habituales independientemente, pero puede sentir que tiene fallos en la memoria, como por ejemplo, olvidar palabras que antes conocía o puede olvidar cosas sin importancia de la vida cotidiana. El problema es que puede no hablar sobre ello.

La persona puede comenzar a tener dificultades en la realización de operaciones de cálculo, a la hora de escribir e incluso para realizar una cuenta hacia atrás desde 20, de dos en dos.

##### Etapa moderada

Esta etapa suele ser la más larga, llegan a durar varios años. Conforme el tiempo pasa, los enfermos necesitan cada vez un cuidado más importante.

La desorientación que la persona presenta en esta etapa empieza a manifestarse con importancia. Comienza a desconocer lugares comunes, incluso a perder la noción del tiempo.

La escritura y el lenguaje empeoran, comienza a tener dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, para reconocer a personas cercanas, lugares conocidos y objetos cotidianos.

Comienzan a presentar alteraciones en el sueño y alucinaciones, y el carácter de la persona cambia, llegando a presentar agitación, miedo y agresividad.

##### Etapa avanzada

Esta etapa es el final de la enfermedad, las personas ya no pueden responder al entorno, seguir una conversación o controlar el movimiento. Cada vez se hace más difícil expresar su dolor, sus sensaciones se anulan, ya no reconocen si tienen frío o calor, si está hambriento o sediento. Si en la anterior etapa, la persona no podía realizar una cuenta hacia atrás de dos en dos desde veinte, en esta no puede realizarla de uno en uno desde diez.

En esta etapa de la enfermedad, la persona puede llegar a desconectarse completamente de la realidad, su memoria no funciona, manteniendo únicamente la memoria afectiva.

	SANO	DEMENCIA CUATIONABLE	DEMENCIA LEVE	DEMENCIA MODERADA	DEMENCIA GRAVE
MEMORIA	No pérdida de memoria u olvidos leves inconstantes	Olvidos moderados consistentes; recuerdo parcial de los acontecimientos; (olvidos benignos).	Pérdida moderada de memoria, más acusada para los acontecimientos recientes; el defecto interfiere en las actividades de la vida diaria.	Pérdida grave de memoria; solamente se retiene el material muy aprendido: el nuevo se olvida rápidamente.	Pérdida grave de memoria; solamente se retienen fragmentos.
ORIENTACIÓN	Completamente orientado.	Completamente orientado.	Algunas dificultades con la relación temporal; Orientado en lugar y persona, pero puede haber desorientación geográfica.	Habitualmente desorientado en tiempo y, a menudo, en espacio.	Solamente orientado en persona.
JUICIO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Resuelve bien los problemas cotidianos; buen juicio en relación con el rendimiento previo.	Sólo afección dudosa en la solución de problemas, semejanzas y diferencias.	Dificultad moderada en el manejo de problemas; juicio social habitualmente mantenido.	Afección grave en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias; generalmente afección de juicio social.	Incapaz de realizar juicios o resolver problemas.
TRABAJO EN LA COMUNIDAD	Función independiente en el trabajo, compras, negocios, asuntos financieros y trabajo social.	Sólo afección dudosa o media en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente, aunque puede realizar algunas actividades; puede parecer normal ante una inspección casual.	No funciona independientemente fuera de casa; parece que está bien si no realiza funciones fuera de la familia.	No función independiente fuera de casa; parece demasiado enfermo para realizar funciones fuera de la familia.
CASA Y AFICIONES	Mantiene bien la vida casera, aficiones e intereses intelectuales.	Afección leve de la vida casera, aficiones e intereses intelectuales.	Afección moderada pero definida de las funciones en casa; abandona las más difíciles y las aficiones.	Solamente conserva los temas simples; intereses muy restringidos y pobremente mantenidos.	No función significativa en casa, fuera de su habitación.
CUIDADO PERSONAL	Completamente capaz de autocuidarse.	Completamente capaz de autocuidarse.	Necesita impulso.	Requiere ayuda al vestirse, en la higiene y en el cuidado personal.	Requiere mucha ayuda en los cuidadores personales; a menudo, incontinente.

Tabla 3. Grados de demencia (Peña-Casanova, 1999)

Como se podrá ver más adelante, la intervención con enfermos de Alzheimer mediante la música en la Residencia Zenón Almau, se lleva a cabo con personas que se encuentran en la segunda y tercera fase de esta enfermedad.

#### 4.1.2. Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad se agrupan en tres conceptos: (Peña-Casanova, 1999)

ALTERACIONES COGNITIVAS: alteraciones de la memoria y otras capacidades mentales.

Estas alteraciones se presentan en diferentes áreas y distintos niveles de gravedad, dependiendo de cada persona y de la fase en la que se encuentre de la enfermedad.

Las alteraciones en la memoria del enfermo es el elemento característico de la enfermedad del Alzheimer. Para entender estas alteraciones, es importante conocer los tipos de memoria existentes en el cerebro.

- La **memoria episódica**, que es la que registra informaciones en relación con el tiempo y ubica los recuerdos en un momento de la vida. Los trastornos de esta memoria se presentan mediante olvidos progresivos de los momentos que la persona ha vivido. En un primer lugar, los olvidos afectan a los momentos vividos más recientemente, pero con el paso del tiempo y conforme va avanzando la enfermedad, se van borrando los recuerdos más antiguos. Estas alteraciones hacen que la persona se desoriente en el tiempo y en el espacio. Los síntomas a los que dan lugar las alteraciones de la memoria episódica son:
  - Preguntar continuamente por algo;
  - Olvidar que ha quedado con alguien;
  - Olvidar que tiene cita con el médico;
  - No recordar lo que acaba de leer en un libro;
  - Negar algo que ha ocurrido recientemente; etc.

Cuando las alteraciones son más graves, puede dar lugar a que olviden el nombre de sus hijos, la muerte de un familiar o el lugar donde han vivido.

- La **memoria semántica** hace referencia a la memoria de los conocimientos, del significado de las palabras, de los gestos y de los objetos. Las alteraciones de esta memoria se presentan mediante el olvido progresivo de los conocimientos que se han adquirido a lo largo de la vida, olvidando el conocimiento sobre los objetos, de cómo se usan, de los gestos y las palabras. Los síntomas a los que dan lugar las alteraciones en la memoria semántica son:
  - Ser capaces de leer una palabra pero incapaz de conocer su significado;

- Ser incapaz de usar un objeto;
  - Ser incapaz de clasificar un objeto; etc.
- La **memoria de procedimientos** es la que se encarga de las habilidades aprendidas (como por ejemplo ir en bicicleta o saber tocar un instrumento musical). Esta memoria es capaz de preservarse durante la vejez y ante la enfermedad del Alzheimer durante sus fases más tempranas, ya que es un aprendizaje que se realiza de forma no consciente.
  - La **memoria de trabajo** es la relativa a la capacidad de mantener informaciones en el cerebro y su utilización para la realización de tareas mentales. Los trastornos en esta memoria da lugar a que la persona pierda la capacidad de planificación y control atencional, lo que afecta a la realización de algunas actividades de la vida diaria en las que se requiere de esta capacidad. Los síntomas a los que da lugar las alteraciones en la memoria de trabajo son:
    - Falta de capacidad para calcular el dinero de una compra;
    - Falta de capacidad para comprender frases complejas;
    - Falta de capacidad para razonar y resolver problemas;
    - Falta de capacidad para seguir una conversación con otra persona; etc.

**ALTERACIONES FUNCIONALES:** pérdida progresiva de independencia en las actividades de la vida diaria.

Tradicionalmente, la enfermedad del Alzheimer estaba ligada únicamente a los aspectos cognitivos, pero hay que tener en cuenta que la enfermedad tiene un impacto directo o indirecto sobre las capacidades del enfermo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que son el conjunto de conducta que una persona lleva a cabo con frecuencia para cumplir su papel social y vivir de forma integrada y autónoma. (Peña-Casanova, 1999)

**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO:** son las que más afectan a la familia (ansiedad, delirios, alucinaciones, vagabundeo, agresión...)

Estas alteraciones no se presentan sistemáticamente en todos los enfermos de Alzheimer, sino que varían según la edad del enfermo, la fase de la enfermedad en la que se encuentre o el nivel educativo que tenga, entre otros factores. (Peña-Casanova, 1999)

Los enfermos de Alzheimer presentan muchas alteraciones en su comportamiento que se presentan como agresividad, gritos, ansiedad, depresión o alucinaciones entre otros. Estas

alteraciones, como se dice en el título de este apartado son las que más afectan a la familia, y por ello tiene una gran importancia.

De la misma forma que los otros síntomas descritos, estos tampoco se encuentran de la misma forma en todos los sujetos, sino que pueden variar, aunque es verdad que son manifestaciones muy frecuentes.

Las alteraciones más importantes que los sujetos presentan en relación con el ámbito psicológico y del comportamiento son los problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo, delirios, alucinaciones, identificación inadecuada, cambios de humor, agitación y agresión, alteraciones de personalidad, alteraciones de la función neurovegetativa y alteraciones de la actividad psicomotora. (Peña-Casanova, 1999)

Según Barcia-Salorio (2009), estos trastornos se dan en el 90% de las personas que contraen la enfermedad de Alzheimer, siendo la agitación la alteración más frecuente, convirtiéndose en la mayor causa del estrés de los empleados de las residencias de ancianos. Dado que el porcentaje es tan elevado, esta alteración se ha convertido en un tema sometido a múltiples estudios a razón de las numerosas demandas realizadas por los cuidadores.

Estos estudios demuestran que la agitación produce una disminución de la empatía en los cuidadores, mientras que en los pacientes es una de las causas que producen un aumento de las caídas, retraso del inicio del sueño e interrupción del mismo.

#### *4.1.3. Tratamientos*

El tratamiento de esta enfermedad requiere de un trabajo multidisciplinar para conseguir llegar a todos los aspectos del sujeto según la fase de la enfermedad en la que se encuentre. Éste debe encaminarse hacia el cumplimiento de una serie de objetivos para la persecución de una mejoría del estado físico del enfermo y el funcionamiento cognitivo y funcional, en resumen: mejorar la calidad de vida del enfermo y de su familia. De esta forma, se conseguirá una reducción en los costes psicológicos y económicos a nivel familiar y social. (Peña-Casanova, 1999)

Existen tres tipos de tratamientos para las personas con demencia tipo Alzheimer, el tratamiento farmacológico específico de la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la colinesterasa, memantina y otros tratamientos no demostrados), otros tratamientos farmacológicos y tratamientos no farmacológicos (como las intervenciones cognitivas, intervenciones sobre el entorno, ejercicios de estimulación física, intervenciones sobre los problemas de conducta e intervenciones sobre la relación con el cuidador). (Barón et al., 2005)

Si bien es cierto que no se nombra la música como tratamiento no farmacológico, apuntan que aunque este tipo de tratamientos se encuentre en “segundo plano”, en muchos casos son los más eficaces, ya que un cuidado adecuado de las personas con la enfermedad de Alzheimer permite prolongar su autonomía en el tiempo y controlar sus manifestaciones emocionales y de conducta.

En la actualidad no existe tratamiento para la cura total del Alzheimer, y los resultados que se consiguen mediante el tratamiento farmacológico son de una mínima mejoría. Sin embargo, el uso de terapias que complementan a dicho tratamiento farmacológico puede dar como resultado una mejora del bienestar del enfermo. (De la Rubia, Sancho y Cabañés 2014)

El tratamiento no farmacéutico recoge varias técnicas que deben ser utilizadas de forma integrada y según el estado del paciente. Las principales técnicas siguiendo nuevamente a Peña-Casanova (1999) son:

- Orientación a la realidad: es un método que se usa para tratar las alteraciones de la orientación y la memoria mediante la estimulación para que vuelvan a aprender datos sobre ellos mismos y su entorno. Para ello, mediante las interacciones con los pacientes, se trata de dar información constantemente y se realizan actividades usando agendas, letreros y otros métodos de indicación. Se organiza mediante las etapas de la vida del enfermo, desde la infancia hasta la actualidad, incluyendo en la información a la familia, amistades, su trabajo y otros aspectos habituales.
- Reminiscencia: la reminiscencia es el recuerdo de memorias antiguas ligadas a ruidos, olores, emociones... trata de facilitar el recuerdo de su pasado. El objetivo de este método es fomentar la identidad del sujeto y su autoestima.
- Programas de estimulación y actividad cognitiva: este método pretende realizar tareas que faciliten la activación y mantenimiento de las capacidades mentales. Para ello se realizan actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el ritmo y la coordinación... El siguiente paso está formado por las técnicas de la neuropsicología rehabilitadora, en el que se realizan actividades encaminados a cambiar aspectos concretos de las capacidades mentales. Para ello, se seleccionan una serie de fotos de objetos, grabaciones de sonidos, materiales para su reconocimiento táctil, etc.
- Adaptación cognitiva y funcional de entorno físico: estas técnicas van dirigidas a la mejor del paciente para que presente un menor trastorno funcional, modificando el espacio en el que se

encuentra, adaptándolo a sus necesidades. De esta forma, el paciente tendrá más facilidad al realizar las actividades de la vida diaria.

- Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria: con la realización de estas actividades significativas de la vida diaria se consigue una rehabilitación y una readaptación del sujeto. Para ello, se realizan actividades como bailar, cocinar, pasear, la jardinería o la musicoterapia. Con este método también se consigue realizar actividad física, con el objetivo de que la fuerza del sujeto no disminuya y evitar posibles dependencias y caídas.
- Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento: este método es utilizado para mejorar el rendimiento cognitivo y para ello hay que llevar a cabo un tratamiento de las alteraciones de la percepción, los pensamientos, el humor o la conducta adquirida por el sujeto. Los trastornos psicológicos y del comportamiento del enfermo de Alzheimer es la característica de la enfermedad que más afecta a los familiares y cuidadores y la causa más discapacitante para la persona. La prevención y tratamiento de este trastorno conlleva a la mejora de otros aspectos de la enfermedad, lo que se refleja en la calidad de vida del enfermo y familia.

#### 4.2. Cuidadores

El Alzheimer es la primera causa de dependencia, ya que los enfermos se ven obligados a depender totalmente de otra persona.

Según Crespo y López (2007), un cuidador es una persona que cuida de otra persona, lo que supone pensar para algo, tener preocupaciones o temores, dedicar atención a una cosa, ocuparse y atender a que esa cosa esté bien, asistir a un enfermo.

Esta atención no debe limitarse únicamente a sus necesidades higiénicas o alimentarias, sino que hay que intentar que la persona se mantenga activa para conseguir que la enfermedad se ralentice y que con ello, su calidad de vida mejore.

##### 4.2.1. Cuidadores no profesionales

El cuidado no profesional (o informal) es la atención no remunerada por parte de los miembros de la familia u otras personas como vecinos y amigos del dependiente, excluyendo a profesionales y voluntarios, siendo el cuidado de la familiar la más frecuente (Crespo y López, 2007)

Según Crespo y López, dentro de este grupo de cuidadores, se denomina “cuidador principal” a aquella persona que dedica más horas al cuidado de su familiar enfermo, encargándose de las tareas básicas del cuidado necesarias.

Cuando una persona contrae la enfermedad de Alzheimer, siguiendo con el mismo autor, se crea una situación difícil en el entorno familiar, causando diferentes reacciones como la ansiedad o la indiferencia. No todo el mundo reacciona igual y a medida que la enfermedad avanza, las reacciones cambian.

Es importante que la familia conozca a fondo la enfermedad, su evolución y la fase en la que se encuentra su familiar, así como la aceptación del problema para poder darle una óptima atención. (Peña-Casanova, 1999)

En las primeras fases de la enfermedad, el sujeto sigue siendo bastante autónomo y no requiere de muchos cuidados, por ello, los cuidadores suelen ser en primera instancia los familiares, que dejan a un lado sus obligaciones para cuidar a su familiar enfermo siendo la mejor opción para él, ya que el cuidado se realiza en su propia casa por parte de alguien con quien mantiene lazos de cariño. Pero esto genera efectos negativos para el cuidador: (Aulestia, 2014)

- Personales: El cuidador renuncia a su vida para atender a su familiar, lo que le provoca estrés, angustia, depresión...
- Sociales: El cuidador renuncia a su vida social porque tiene que estar atendiendo a su familiar las 24 horas del día.
- Profesionales: Para el cuidador, lo más importante es el bienestar de su familia, por lo que renuncia a su vida profesional, dedicándose completamente al enfermo.
- Económicas: La familia no puede aumentar sus fuentes de ingresos, por lo que los aspectos materiales necesarios no pueden ser abastecidos.

La enfermedad del Alzheimer tiene unos “efectos colaterales” en el cuidador como alteraciones, físicas, psicológicas y sociales.

Los efectos emocionales más importantes de un cuidador de un enfermo de Alzheimer son: (Woods, 1991)

- Aflicción: aunque el sujeto siga estando presente, existen cuidadores que sienten que ha perdido a su ser querido, ya que la persona que era ha desaparecido.
- Cólera y resentimiento: el cuidador, debido a esta enfermedad, ha perdido muchas cosas, siente que no le entienden, que no es ayudado, el comportamiento de su ser querido ha cambiado, etc.

- Culpa: este sentimiento aparece cuando el cuidador permite que otra persona participe en el cuidado, cuando se institucionaliza al enfermo o incluso cuando se busca un método de alivio mediante un centro de día.
- Inversión de los papeles: el cuidador debe realizar una serie de actividades de las cuales se encargaba su ser querido antes de enfermar.
- Turbación: los enfermos de Alzheimer pierden la conducta social aceptable, por lo que las habilidades por mantener sus relaciones sociales desaparecen en las primeras etapas de la enfermedad.
- Soledad: es uno de los principales riesgos para los cuidadores, ya que se desprende de todas sus relaciones sociales para cuidar a su familiar.
- Sentimientos contrarios: además de estos sentimientos negativos, también se dan sentimientos positivos a la hora de llevar a cabo el cuidado de un ser querido.

Cuidar de un familiar con Alzheimer supone la realización de numerosas actividades diferentes que van cambiando en el tiempo. Por ejemplo, la ayuda relacionada con la movilidad del enfermo puede verse suprimida por el deterioro de su funcionalidad motora, por lo que el cuidador se ve en una continua readaptación de las actividades de su día a día. A esto hay que añadir que ver cómo un ser querido se va apagando continuamente es muy duro. Por todo ello, la situación de un cuidador informal es muy estresante, llegando a durar varios meses, incluso después de la institucionalización de su ser querido o de su fallecimiento, ya que debe adaptarse a una nueva rutina. (Crespo y López, 2007)

Por todo ello, la familia necesita de un apoyo para poder enfrentarse a esta gran responsabilidad.

Como se ha dicho antes, el familiar es la mejor opción para realizar los cuidados de un enfermo, pero el cariño que pueden proporcionarle no es suficiente en algunos casos, sobre todo si la enfermedad ya se encuentra en un estado más avanzado, por ello, deben contar con la ayuda de un cuidador profesional (Aulestia, 2014)

#### 4.2.2. *Cuidadores profesionales*

El cuidador profesional no debe sustituir en ningún caso a un familiar, sino que debe ser un apoyo complementario para que le permita tomar un respiro y tener la tranquilidad de que se encuentra con una persona que le puede atender bien.

Según Aulestia (2014), esta atención profesional tiene real importancia en:

- El domicilio del paciente mediante la atención domiciliaria,
- En los centros de día
- En el entorno residencial, atendiendo las necesidades básicas de los enfermos en las fases más avanzadas.

#### 4.2.3. Asociaciones de familiares

Como se ha dicho anteriormente, no sólo los enfermos de Alzheimer se ven perjudicados por esta enfermedad, sino que también existen efectos negativos en la salud de sus familiares, por lo que necesitan atención para poder aprender a vivir con la enfermedad sin dejar de lado su dimensión personal.

Las asociaciones de familiares ofrecen esta atención a las familias de enfermos de Alzheimer, cubriendo el espacio que no cubre la Administración mediante los sistemas socio-sanitarios.

En España existen hoy más de 300 asociaciones de familiares que se integran en la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA). (Aulestia, 2014)

### 4.3. Musicoterapia para el Alzheimer

#### 4.3.1. Definición

La musicoterapia es un término que tiene muchas definiciones, tantas como musicoterapeutas hay en el mundo. Según Camacho (2006:158), la musicoterapia es:

“una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos positivos en la/s persona/s, que elabora y desarrolla un vínculo entre musicoterapeuta e individuo (o grupo de individuos), con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida; una terapia fundada en la interacción personal y un acuerdo terapéutico, más o menos implícito, con la que se persigue modificar la conducta y la experiencia psíquica de las personas, maximizando así su integración al medio. Explora la dimensión humana en toda su complejidad, para abrir canales de comunicación, y cuya paulatina ramificación ha posibilitado nuevas y sólidas perspectivas de intervención”.

Siguiendo a la misma autora, la música se utiliza para conseguir una mejora en el estado del paciente, modificando algún área de la vida del individuo y trabajando sobre las áreas sensorio-motriz, afectiva y cognitiva de la persona.

Según Woods (1991), la música es un entretenimiento del que el enfermo de Alzheimer puede disfrutar de una manera relativamente pasiva. La capacidad de recordar antiguas y populares canciones se conserva, frecuentemente, intacta, ya que es ésta la que le llega a la persona cuando todo lo demás ha fallado.

#### 4.3.2. *Procesos*

La musicoterapia es la unión entre la música y la terapia, por lo que los procesos de ésta tienen que contar con la perspectiva artística, creativa y científica: (Camacho, 2006)

- Proceso artístico: para el paciente, la interpretación, composición e improvisación son su forma de expresión de sus necesidades; mientras que el musicoterapeuta tiene que acercarle la música al paciente e interactuar con él, para entenderlo.
- Proceso creativo: el musicoterapeuta tiene que encontrar formas creativas para tratar al paciente según sus características.
- Proceso científico: para que sea un proceso científico, debe ser utilizado un tratamiento terapéutico.

La autora apunta que la musicoterapia tiene que presentar un equilibrio entre los conocimientos de la investigación, la música, la psicología y la medicina para que se trate de una disciplina.

Existen distintas formas de usar la musicoterapia: (de la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014)

- Musicoterapia pasiva: en este modelo de uso de la musicoterapia, el paciente no utiliza ningún instrumento, ni realiza ningún movimiento. Únicamente escucha.
- Musicoterapia activa: el paciente canta y baila, es una forma más participativa.
- Musicoterapia mixta: es una mezcla de la musicoterapia pasiva y activa.
- Musicoterapia receptiva: es el resultado de la escucha del enfermo.
- Musicoterapia creativa: en este caso, permite la creación de música por parte del paciente.

#### 4.3.3. *Objetivos*

Los objetivos de la musicoterapia, según Camacho (2006) son:

- Establecer la comunicación: la música favorece la comunicación de ideas o sentimientos a otra persona.
- Mejorar las relaciones interpersonales: es un arte social e integrador, implica un sentimiento de orden, tiempo y continuidad. Permite la creación de un clima emocional facilitando la expresión y la relación del paciente con otras personas.
- Desarrollar el conocimiento de uno mismo: al ejecutar un instrumento musical, el paciente obtiene un medio de expresión y de relación personal, adquiriendo un conocimiento sobre sí mismo y de los demás.
- Desarrollar la capacidad de autoexpresión: la música consigue que nazcan emociones en el paciente y permite expresarlas.

Mejorar las áreas fisiológicas, sociales, psicológicas e intelectuales del paciente son los objetivos principales de la musicoterapia. Por ello, la utilización de esta terapia con enfermos de Alzheimer muestra indicios de ser una buena alternativa. (de la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014)

Para De La Rubia, Sancho y Cabañés (2014), la medida de los beneficios de la musicoterapia se realiza mediante alternativas biológicas (calcular el nivel de cortisol, realizar un estudio de orina o saliva, etc), pero este método se presenta como una causa del aumento del estrés del paciente, con lo que varía su estado emocional. Por ello, una alternativa más adecuada pretende hacer esta medición mediante cuestionarios estandarizados realizados por los trabajadores del centro, de modo que el paciente no se sienta desubicado, sin que parezca un interrogatorio, simulando una conversación normal.

#### 4.3.4. *Efectos*

Existen estudios que han señalado que la musicoterapia tiene efectos de mejora y mantenimiento de la conducta social y las facultades cognitivas de los enfermos de Alzheimer. Cabe destacar que, según Barcia-Salorio (2009), la utilización de canciones que forman parte de la vida del enfermo, tiene efectos significativos, llegando a ser capaces de cantar y bailar a pesar de la enfermedad. Esto demuestra que la musicoterapia es un método de comunicación para estos sujetos.

El informe del *Special Committee on Aging, United States Senate* apunta que “Uno ve que no hay una real pérdida de memoria, sino que hay una pérdida de acceder a ella, y la música, sobre todo, puede de nuevo dar lugar a acceder, puede constituir una llave para abrir la llave del pasado, una

puerta no sólo a afectos y memorias específicos, sino a la total estructura del pensamiento y personalidad del pasado”. (Barcia-Salorio, 2009:226)

Barcia-Salorio señala que diferentes autores hablan de estos efectos. Por ejemplo, Aldridge (1991) comenta que cuando el lenguaje se ha perdido, es la capacidad musical la que permanece; Berlin (1985) dice que las canciones pueden tener efectos de mejora respecto a la memoria a corto plazo de los enfermos de Alzheimer; y Cohen y Masse (1993), apuntan que existe una mejora de la capacidad del lenguaje proposicional y conversacional después de las sesiones de ritmo y canciones en aquellas personas con accidentes cerebrovasculares.

Siguiendo al mismo autor, las alteraciones como la agitación, de las que se ha hablado en el apartado de síntomas, conforman la causa de mayor estrés en los cuidadores y un impedimento para realizar las tareas diarias de la vida, como por ejemplo, comer. Estas alteraciones son tratadas de forma farmacológica con medicamentos que tienen un mínimo efecto, pero que conducen a consecuencias negativas. La utilización de la música para el tratamiento de estas alteraciones muestra como resultado efectos de mejora, disminuyendo la agitación en el paciente, aumentando las interacciones entre unos y otros después de cada sesión, mejorando su estado de ánimo y socialización, disminuyendo del vagabundeo y aumentando el sueño del paciente según estudios realizados por autores como Sambanham y Schirm (1995), Smith-Jones y Francis (1992).

Según Camacho (2006:174), una de las principales características de la musicoterapia es que puede acceder a todos los niveles fisiológico, psicológico, intelectual, social y espiritual:

“La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, y produce variaciones en el ritmo cardiaco y respiratorio, el tamaño pupilar, la respuesta galvánica de la piel, la función endocrina, y como no, también a nivel cortical”.

La misma autora apunta que la música también afecta al nivel psicológico del paciente, de tal manera que se pueden ver cambios producidos relacionados con la autoexpresión, la identificación, la asociación y la comunicación. Respecto al área intelectual, la música produce cambios en la atención, la memoria, la inteligencia, la creatividad y la imaginación. Y para concluir, a nivel social, la música tiene efectos socializadores, llegando a convertirse en un modo de comunicación interpersonal y autoexpresión.

“Música para despertar” es un proyecto fundado y dirigido por Pepe Olmedo (2013), Licenciado en Psicología en la Universidad de Granada y Máster en Psicología Clínica y de la salud. El proyecto comenzó en el centro de mayores “Cájar de la Vega”, con la ayuda de los trabajadores, residentes y

familiares. Este proyecto trata de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer mediante la música.

Según Olmedo, las áreas del cerebro que se encargan de la memoria musical y de la capacidad de sentir emociones son las últimas que desaparecen en un cerebro enfermo de Alzheimer. Con la música se consiguen efectos positivos en muchos aspectos de la vida del sujeto, desde mejoras en la agitación, la ansiedad y el estado de ánimo, su estado físico, socialización, su calidad de vida, y también en la de los familiares y cuidadores.

El mismo autor afirma que los efectos de la música garantizan un “alivio” momentáneo en la enfermedad, despertando emociones intensas en el paciente, minimizando su dolor, estrés, ansiedad y depresión. Además, consigue que se estimule la atención y la memoria del paciente, y trabaja como un tratamiento rehabilitador para aquellas personas que han perdido funciones cerebrales después de sufrir un ictus.

Aunque este método se implanta como un complemento a las terapias farmacéuticas sabiendo que no va a curar su enfermedad, se considera más centrado en la persona, ya que consigue mejorar la calidad del camino que le queda por recorrer al paciente, con menos efectos secundarios.

“Escuchar la música de su vida con unos auriculares mejora el estado y calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y otras demencias.” (Olmedo)

#### 4.4. Calidad de vida

La enfermedad del Alzheimer, como se ha dicho anteriormente, es una enfermedad crónica, discapacitante y progresiva, además de incurable. Es por esto que el objetivo primordial hacia esta enfermedad es “mantener o mejorar la calidad de vida del individuo enfermo” (Yanguas, 2007:21)

Pero, ¿qué significa el término “calidad de vida”?

Según el Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer de José Javier Yanguas (2007:22), este término tiene diferentes connotaciones. Normalmente se usa para referirse a aspectos de bienestar y satisfacción que se encuentran relacionados con temas personales y sociales. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es uno de los componentes más importantes del concepto de Calidad de vida, refiriéndose a la misma como “percepción y evaluación, por el propio paciente, del impacto que la enfermedad y sus consecuencias han supuesto en su vida (Martínez-Martín, 1998)”.

Seguendo con el mismo autor, “la calidad del cuidado busca mantener al paciente en la mejor situación de salud y dignidad, con la mejor calidad de vida y de la forma más eficiente posible”. (Yanguas, 2007:22)

La medición de la calidad de vida se realiza mediante cuestionarios hacia el paciente, pero en enfermos de Alzheimer puede ser complicado, ya que como dice Yanguas, éstos pueden tener pérdida de memoria y dificultades en la comunicación tanto verbal como escrita, entre otros síntomas.

Cuando esta evaluación no es factible, se realiza una valoración por parte de un familiar, allegado o cuidador, pero esto hace que no sea uniforme, por lo que debe ser comprobada en cada momento.

Según Barranco (2009:133), la calidad de vida está presente en el Trabajo Social, ya que esta profesión tiene como finalidad “investigar y trabajar para contribuir a que las personas, familia, el conjunto de la comunidad y la sociedad puedan tener mejor calidad de vida y desarrollo humano”.

La calidad de vida está considerada como una medida importante en muchos aspectos relacionados con el cuidado de una persona afectada de demencia, pero a pesar de ello, es difícil encontrar intervenciones que se centren en la mejora de la misma. (Yanguas, 2007)

#### 4.5. Trabajo Social y Alzheimer

##### *La investigación en Trabajo Social*

Los agentes de intervención social tratan de conseguir un desarrollo, cambio o mejora de situaciones de exclusión o marginación que algunos colectivos, grupos e individuos sufren en nuestra sociedad. De esta forma se busca fomentar su integración en la sociedad o su participación activa en ella. Sin embargo, si los problemas no se conocen, su resolución es difícil. Por ello se considera que antes de buscar su resolución, en primer lugar hay que tratar de conocerlos y tener conciencia sobre ellos. (Marco y Tomás, 2013:224)

Según Marco y Tomás (2013:231), el campo de la investigación en Trabajo Social es variado y amplio:

“Cualquier tema que despierte duda, interés o curiosidad en la práctica de su trabajo, puede ser objeto de investigación para el trabajador social. No hay razón para limitar discrecionalmente lo que se puede o no explorar, los interrogantes que cabe o no enunciar. Tampoco hay motivo para arrogarse la exclusividad en la investigación de ciertos temas porque

estén directamente relacionados con el trabajo social. No es preciso inventar, por fin, ningún procedimiento excepcional para el caso. (Gaitán, 1993:55)”.

Siguiendo con los mismos autores, las líneas de investigación en Trabajo Social son:

1. En el proceso de la intervención profesional: cómo delimitar la investigación, objeto propio para investigar, para qué y cómo investigar.
2. Investigación sobre métodos y metodologías para la intervención profesional. Sistematización de experiencias.
3. Investigación sobre la historia del Trabajo Social y el papel del Trabajo Social en la historia.

Esta investigación corresponde con las líneas de investigación de Trabajo Social, ya que a pesar de que existen muchos documentos que tratan sobre el Alzheimer y la musicoterapia por separado, es difícil encontrar aquellos que unen ambos términos como herramienta para mejorar la calidad de vida de estas personas. Por ello es importante investigar sobre este tema como agentes sociales que buscan un cambio, desarrollo o mejora de la calidad de vida.

#### *Función de los Trabajadores Sociales*

Según la Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer de la Fundación Reina Sofía (2012:73-74), las funciones de los trabajadores sociales respecto a enfermos de Alzheimer son:

- Función preventiva: facilitando la integración de los residentes y tratando de prevenir los posibles conflictos que puedan surgir en los diferentes ámbitos de actuación.
- Función socioeducativa: planificando y ejecutando actividades que favorezcan las relaciones sociales tanto de los enfermos de Alzheimer como de sus familiares.
- Función asistencial: informar sobre los diferentes recursos y desarrollar proyectos que mejoren las dinámicas internas.
- Función planificadora: facilitando la organización interna del centro, asumiendo el buen desarrollo de los proyectos y tratando de favorecer la eficiencia de los mismos.

- Función organizadora y coordinadora: formando parte del equipo multidisciplinar, favoreciendo las actuaciones desde las diferentes áreas de trabajo, tratando de favorecer una visión global e integrada que permita abordar las cuestiones desde diversos puntos de vista.

Las funciones de aplicación a nivel individual y familiar, son:

- Informar sobre las características del centro y todas las preguntas que puedan plantear el enfermo o su familia.
- Gestionar los expedientes que llegan en materia de dependencia.
- Llevar a cabo las entrevistas de preingreso e ingreso.
- Recibir y acompañar al residente y a su familia el día del ingreso.
- Elaborar el informe social y el genograma de la familia.
- Explicar cada uno de los protocolos del centro.
- Fomentar la integración del residente en las actividades del centro y facilitar la colaboración de los familiares en las mismas.
- Resolver las incidencias que puedan surgir de forma empática.
- Elaborar proyectos que requieran una actuación tanto individual como colectiva, estableciendo una serie de pautas de seguimiento y el proceso de evaluación.
- Proporcionar información sobre el procedimiento de incapacidad y en el caso de que los familiares estén interesados, orientarles y explicarles los pasos necesarios a seguir.
- Participar en las reuniones del Plan de Atención Individual.
- Desarrollar entrevistas a familiares de los residentes.
- Mantener o fomentar las relaciones de los residentes con sus familiares, así como de la familia con el centro.
- Implicar a la familia en la participación y el desarrollo de las actividades del centro.
- Proporcionar información a la familia sobre la evolución de su familiar.
- Favorecer una buena comunicación con la familia, resolviendo cualquier incidencia.

Si resulta que la hipótesis de esta investigación es correcta, los Trabajadores Sociales podrían ampliar algunas de sus funciones en su trabajo con personas con la enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo:

- En su función socioeducativa: planificando y ejecutando terapias mediante el uso la herramienta de la música, para favorecer las relaciones sociales de los enfermos de Alzheimer con sus familiares.
- En su función asistencial: informando sobre este nuevo recurso a los familiares de las personas con Alzheimer.

## 5. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La fundación Hospital Altau<sup>2</sup> pasó a ser una Residencia de Ancianos Mixta y Estancias Diurnas en junio del año 1985, convirtiéndose en un centro abierto e interrelacionado, que trabaja con centros semejantes por la necesidad de las personas mayores más vulnerables.

Su misión trata del “cumplimiento con lo determinado por su fundador (artículo 6º de los estatutos), constituye el fin primordial de la Fundación, la asistencia sin ánimo de lucro, a ancianos y personas desvalidas.

Su visión es la de “ser un referente de atención de calidad humana y técnica al servicio de las personas mayores de Pedrola y su comarca”.

Esta residencia cuenta con un servicio de estancia diurna que funciona todos los días de la semana. Éste está dirigido para válidos y dependientes, prestando alojamiento para 20 residentes, servicios de desayuno, comida, merienda y cena, lavado de ropa, aseo personal, fisioterapeuta, terapia ocupacional y Atención y Apoyo Social a residentes y a sus familias.

Los recursos materiales que se disponen son: 57 plazas para residentes en régimen permanente; 35 habitaciones de una y dos plazas totalmente exteriores, dotadas de aseo e instalación para tv; servicios de comedor, cocina propia y dietas adaptadas; peluquería; podología; salas de estar para válidos y dependientes; sala para máquinas de café y refrescos, capilla; sala polivalente; gimnasio; lavandería; y jardines con paseos adaptados.

---

<sup>2</sup> [www.pedrola.es/areas/bienestar-social](http://www.pedrola.es/areas/bienestar-social)

Los servicios que prestan son: servicio de Atención Médica; servicio de enfermería; Atención Social; Atención de Terapia Ocupacional; Atención fisioterapeuta; y servicios Religiosos.

Para finalizar, la residencia cuenta con un equipo interdisciplinar formado por un equipo de Gestión y Administración, un equipo de Trabajo Social, un equipo de Rehabilitación (fisioterapeuta y terapeuta ocupacional), un equipo de cocina y comedor, un equipo de lavandería y plancha, un equipo de auxiliares y un equipo de limpieza.

Las funciones de la trabajadora social dentro de este centro son:

- Información, valoración y orientación a todas aquellas personas que acudan al centro interesadas en obtener plaza a nivel de residencia o centro de día.
- Realización de los Informes Sociales, Valoraciones e Historias Sociales del residente, además de su actualización y registro de toda documentación.
- Control de la pensión de cada uno de los residentes.
- Asesoramiento y orientación a todas las familias de los residentes.
- Coordinaciones externas con Servicios Sociales, Sanitarios, Ayuntamiento, Hospital, etc.
- Reuniones de equipo multidisciplinar.
- Seguimiento de los residentes.
- Acompañamiento a los familiares por el fallecimiento del residente.
- Ayuda a los cuidadores de los residentes del centro de día.
- Programación de actividades conjunto al equipo de Terapia Ocupacional.

## 6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según Ruíz Olabuénaga (2012:77), “analizar los datos es como tratar de leer (en el sentido de interpretar un texto) un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y, además, escrito no en las gráficas convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta moderada”.

En este apartado se van a mostrar los resultados obtenidos mediante la observación participante y las entrevistas realizadas para la investigación.

## 6.1. Observación participante

En primer lugar, el análisis de los resultados de la observación participante se va a realizar dividiendo las variables escogidas y comparándolas con los dos momentos elegidos:

### 6.1.1. OBSERVACIÓN ANTES DE USAR LA HERRAMIENTA DE LA MÚSICA

En este primer apartado se va a exponer la información recabada mediante la observación, antes de usar la herramienta de la música.

El sujeto 1 se encuentra en una silla con mesa incorporada para que no se caiga. Cuando entro en la sala, el sujeto 1 no saluda, se encuentra mirando a la mesa. Cuando le hablo no contesta, pero me mira. El mayor tiempo se encuentra enfadado y alterado, grita muy a menudo. No muestra signos de desorientación verbal, aunque parece que no sabe dónde está. No realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 2 se encuentra en una silla, lleva una muñeca. Cuando entro en la sala me mira pero no me saluda. Esta persona habla todo el rato, pero cosas sin sentido. Cuando le hablo contesta cosas que no tiene nada que ver. Se encuentra enfadada y nerviosa siempre. Se levanta y se sienta todo el rato, mostrando signos de desorientación geográfica y temporal, ya que dice que tiene que ir a ver a su madre (fallecida). No realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 3 se encuentra en una silla de ruedas. Cuando entro en la sala me mira pero no me saluda. Esta persona no habla en todo el rato que permanezco en la sala. Cuando le hablo me mira pero no contesta. No muestra ninguna expresión, indiferente a todo. No muestra signos de desorientación verbal, aunque no parece que sepa dónde está. No realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 4 se encuentra en una silla con mesa incorporada para que no se caiga. Cuando entro en la sala, el sujeto no saluda, pero me mira. No habla durante el rato que permanezco en la sala. Muestra indiferencia. No muestra signos de desorientación verbal, aunque parece que no sabe dónde está. No realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 5 se encuentra sentada en una silla, al lado de una mesa grande. Cuando entro en la sala me saluda. El sujeto habla todo el rato, pero la mayoría de las veces se olvida de lo que estaba

hablando. El sujeto sonríe siempre, se pone contenta al verme. Muestra signos de desorientaci3n geográfica y temporal, ya que no sabe d3nde tiene que ir ni la hora que es. Realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone, pero a menudo se olvida de lo que estaba haciendo. Este sujeto canta, pero no lo que se oye en el hilo musical de la sala.

El sujeto 6 se encuentra sentada en una silla. Cuando entro en la sala no me saluda, pero me mira. El sujeto no habla en todo el rato que permanezco en la sala. Al no hablar, no muestra signos de desorientaci3n verbal, pero se ve claramente que no sabe d3nde se encuentra. No expresa nada, se ve indiferente. No realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 7 se encuentra en una silla de ruedas. Cuando entro en la sala me saluda. El sujeto dice cosas sin sentido, y se cabrea porque no sabe lo que está diciendo. Muestra signos de desorientaci3n geográfica y temporal, ya que me dice que tiene que ir a ver a su madre y darle de comer a su hija. Intenta realizar las actividades que la terapeuta ocupacional propone, pero desiste enseguida. Aunque en la sala siempre hay un hilo musical, no canta.

El sujeto 8 se encuentra en una silla. Saluda cuando entro en la sala. Dice cosas sin sentido. Muestra signos de desorientaci3n geográfica y temporal, ya que se levanta muy a menudo y se mete en un cuarto de al lado de la sala porque dice que le tiene que preparar la comida a su madre. Suele mostrar expresi3n de felicidad, sonríe, pero se enfada a menudo. Mira con interés a la terapeuta ocupacional cuando propone la realizaci3n de algunas actividades, pero no las realiza. Este sujeto canta, pero no lo que se oye en el hilo musical de la sala.

#### *6.1.2. OBSERVACI3N DURANTE EL USO DE LA HERRAMIENTA DE LA MÚSICA*

En este apartado se va a exponer la informaci3n recabada mediante la observaci3n participante, durante el uso de la herramienta de la música.

El sujeto 1 cuando le ponemos los cascos nos mira fijamente. Cuando le preguntamos que c3mo est , si le gusta la música y que si se encuentra bien nos contesta a todo. En este momento, el sujeto nos sonríe y nos habla con sentido. No muestra signos de desorientaci3n, sabe que est  sentado escuchando música y nos conoce. Mientras escucha música, el sujeto realiza correctamente las actividades que la terapeuta ocupacional propone, siendo de los que más ganas tienen de participar junto con los sujetos 4 y 5. Canta las canciones que est n sonando en sus cascos.

El sujeto 2 cuando le ponemos los cascos se calma. Cuando le hacemos las preguntas nos contesta a todas, unas con la cabeza y otras verbalmente, pero todas con sentido. Este sujeto no muestra signos de desorientación, deja de buscar a su madre y se queda sentada, sonriendo y cantando. Realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone.

El sujeto 3 cuando le ponemos los cascos nos sonrío. Cuando le hacemos las preguntas nos afirma con la cabeza, pero no habla. Se muestra contenta. No muestra signos de desorientación verbal. Realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone, aunque le cuesta un poco.

El sujeto 4 cuando le ponemos los cascos sonrío y canta. Cuando le hacemos las preguntas nos contesta a todas verbalmente y con sentido. Este sujeto no muestra signos de desorientación. Realiza perfectamente las actividades que la terapeuta ocupacional propone, siendo de los que más ganas tienen de participar junto con los sujetos 1 y 5.

El sujeto 5 cuando le ponemos los cascos sonrío, me saluda y comienza a decir lo que suena, canta y nos dice que lo escuchemos con ella. No muestra signos de desorientación. Comienza a hablar con más sentido y no se le olvida lo que quería decir. Cuando le hacemos las preguntas nos contesta a todas, incluso cuando le preguntamos que dónde está y la hora que es. Realiza a la perfección todas las actividades que la terapeuta ocupacional propone, e incluso, si tiene algún problema con alguna de ellas, nos pregunta para que le ayudemos, hasta que consigue realizarla ella sola.

El sujeto 6 cuando le ponemos los cascos pone cara de asustada. Al cabo de un rato no para de sentarse y levantarse de nuevo. Una de las auxiliares me dice que no le gustan los cascos que le he puesto, que prefiere los grandes. Cuando se los cambio se queda pensativa y comienza a sonreír. Cuando le hacemos las preguntas, nos contesta a todas mediante gestos. Expresa felicidad y comienza a cantar. No muestra signos de desorientación. A este sujeto le cuesta más realizar las actividades que la terapeuta ocupacional le propone, aunque es a la que más le cuesta.

El sujeto 7 cuando le ponemos los cascos comienza a decir que se sabe la canción, y más adelante comienza a cantar. Se muestra feliz. Cuando le hacemos las preguntas nos contesta a todas verbalmente y con sentido. No muestra signos de desorientación. Este sujeto intenta realizar las actividades que propone la terapeuta ocupacional, y aunque algunas le cuesta llevarlas a cabo, al final lo consigue.

El sujeto 8 cuando le ponemos los cascos comienza a preguntar que qué es. Después sonrío y comienza a cantar. Cuando le hacemos las preguntas nos contesta a todas con sentido. En un primer momento no muestra signos de desorientación, pero al cabo de un momento comienza a decir cosas

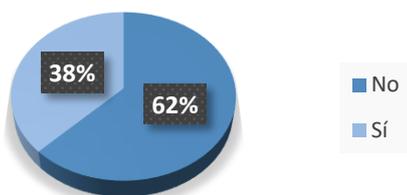
sobre su madre. El sujeto realiza las actividades que la terapeuta ocupacional propone, pero se distrae con facilidad.

### 6.1.3. ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

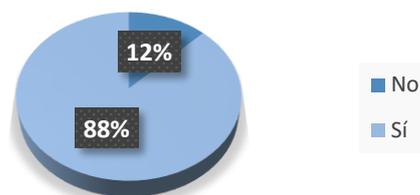
En este apartado se van a comparar los datos obtenidos entre los dos momentos de observación estudiados. La comparación se va a realizar mediante gráficos para que el cambio que efectúa el sujeto observado se pueda visualizar más fácilmente. Esto es porque al trabajar con personas con la enfermedad de Alzheimer, la recogida de datos se hace difícil, y se ha considerado que de esta forma los cambios producidos se expresan mejor de esta manera, siendo consciente de que se trata de una investigación cualitativa, y que metodológicamente, una muestra tan pequeña no se sostiene cuantitativamente.

- El 62% de los sujetos observados no saludan cuando entro en la sala cuando no están escuchando música, mientras que al ponerle los cascos, ese porcentaje baja al 12%. Lo que quiere decir que solamente uno de ellos sigue sin saludar aún con los cascos puestos, mientras la herramienta de la música mejora esta cualidad a los otros 7 sujetos.

#### Saluda (Antes)



#### Saluda (Durante)



- El 100% de los sujetos observados me miran cuando entro en la sala, y ese porcentaje se mantiene con la utilización de la herramienta de la música.

#### Mira (Antes)

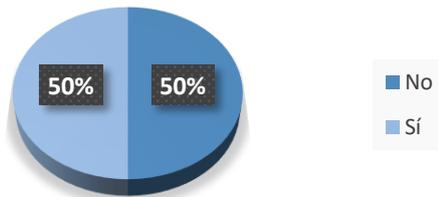


#### Mira (Durante)

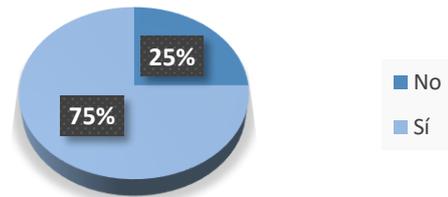


- El 50% de los sujetos observados no habla durante el tiempo que estoy en la sala cuando no están escuchando música, mientras que cuando le ponemos los cascos, ese porcentaje baja al 25%. Lo que quiere decir que solamente 2 de ellos siguen sin hablar aún con los cascos puestos, mientras que la herramienta de la música mejora esta cualidad a los otros 6 sujetos.

### Habla (Antes)

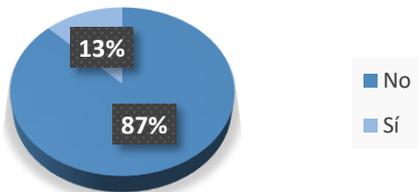


### Habla (Durante)

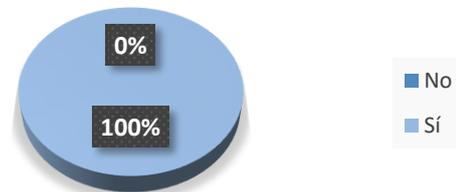


- El 87% de los sujetos observados no contesta a las preguntas que les hacemos cuando no están escuchando música, mientras que cuando les ponemos los cascos, este porcentaje baja a 0%. Lo que quiere decir que la herramienta de la música mejora esta cualidad a los 7 sujetos que sin música no contestaban a lo que preguntábamos.

### Contesta (Antes)



### Contesta (Durante)

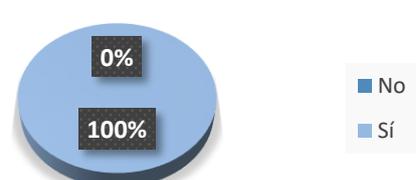


- El 75% de los sujetos observados no muestran una expresión facial positiva cuando no están escuchando música, mientras que cuando les ponemos los cascos, este porcentaje baja al 0%. Lo que significa que la herramienta de la música mejora esta cualidad a los 6 sujetos que no mostraban una expresión facial positiva cuando no están escuchando música.

### Expresión positiva (Antes)



### Expresión positiva (Durante)

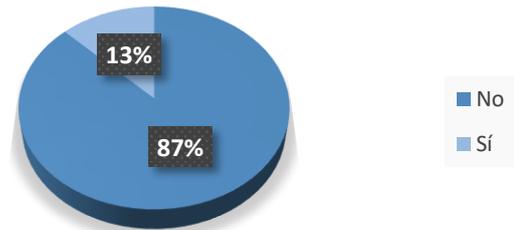


- El 100% de los sujetos observados muestran desorientación cuando no están escuchando música, mientras que cuando les ponemos los cascos, este porcentaje baja al 0%. Lo que significa que la herramienta de la música mejora esta cualidad a 7 de los sujetos no mostraban desorientación cuando no se estaba usando dicha herramienta.

### Desorientación (Antes)

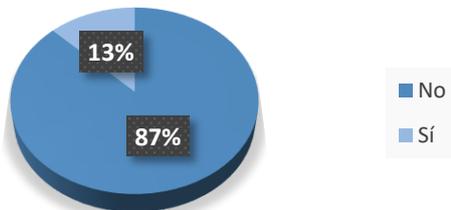


### Desorientación (Durante)

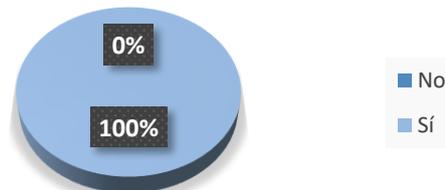


- El 87% de los sujetos observados no realizan las actividades que la terapeuta ocupacional propone, mientras que al ponerle los cascos, este porcentaje baja al 0%. Lo que significa que la herramienta de la música mejora esta cualidad a los 7 sujetos que no realizaban las actividades cuando no estaban escuchando música.

### Actividades (Antes)

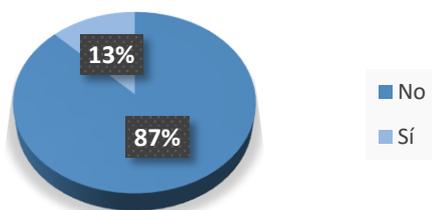


### Actividades (Durante)

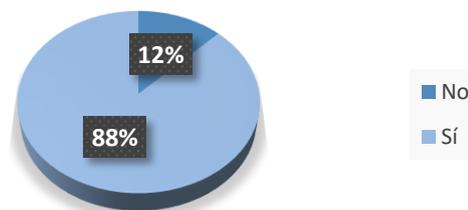


- El 87% de los sujetos observados no canta cuando sólo está puesto el hilo musical y no los cascos, mientras que al ponerle los cascos, este porcentaje baja al 12%. Lo que quiere decir que la herramienta de la música mejora esta cualidad a los 6 sujetos que no cantaban con el hilo musical.

## Canta (Antes)



## Canta (Durante)



### 6.2. Entrevistas

En general, gracias a la observación participante y a las entrevistas realizadas al personal del centro, se ha podido observar que los residentes con los que se lleva a cabo la intervención sí que reaccionan, además, de manera positiva, gracias a la utilización de este método.

También se ha podido observar que mientras los sujetos están escuchando música con los cascos puestos, tienen más capacidad para realizar otras actividades. Según el entrevistado 2, al principio pensaban que era mejor que escucharan música sin realizar otra actividad al mismo tiempo, para que no interfiriese una en la otra, pero han comprobado que sucede lo contrario, “lo pueden compatibilizar perfectamente con un ejercicio motriz”, por ejemplo.

Esto se ha podido comprobar en las sesiones a las que se ha asistido. Concretamente, en la última sesión intervinieron con cuatro personas, dos hombres y dos mujeres. Los dos hombres tuvieron una reacción automática: los dos cantaban y hacían caso a lo que la terapeuta les indicaba. Una de las mujeres también tuvo una reacción inmediata: se puso muy contenta, haciéndome partícipe sobre lo que estaba escuchado, diciendo que le gustaba y cantando. La última mujer se mostraba menos concentrada. Se levantaba y se volvía a sentar, sin presentar ningún efecto positivo. Pasados unos minutos, la mujer se quería quitar los cascos. Una auxiliar que se encontraba junto a ella indicó que le cambiase los cascos, porque a ella no le gustaban los grandes. En ese momento, al preguntarle si le estaba gustando o no, sonrió y le dijo a la autora del presente trabajo: ¡Qué viva España! (con la entonación debida).

Esta mujer, de la que se habla en último lugar, no se giró a mirar quien entraba en la sala cuando la terapeuta llegó. Estaba con la mirada perdida, sin ninguna expresión facial. Por ello, ver lo que sucede cuando se le colocan los cascos con la música que le gusta, ver cómo cambia su cara, su mirada, y, por último, ver que es capaz de expresarse y comunicarse es lo que hace comprender que este tipo de tratamiento funciona.

El entrevistado 1 señala el caso de una mujer con Alzheimer que normalmente se encuentra desubicada y no es capaz de seguir una conversación. En el momento en el que se le colocan los cascos, esta mujer es capaz de cantar la canción que está escuchando, con la letra completa, sonriendo y expresando felicidad.

Otro caso del que habla el entrevistado 1 trata sobre un hombre con el que el fisioterapeuta no podía trabajar, ya que en sus sesiones se quedaba dormido. Al repetirse esta situación, decidieron probar a ponerle los cascos en el momento en el que iba a bajar al gimnasio, descubriendo que de esta forma no se dormía, ya que mientras sonaba la música, el hombre cantaba.

El último caso que cuenta es el de un hombre que tenía ansiedad a la hora de comer. Al ver que con el anterior caso, el hecho de ponerle los cascos hacía que se pudiese trabajar con él, decidieron probar de nuevo. Esta vez, probaron a ponerle los cascos una hora antes de comer, consiguiendo que el hombre pudiera comer sin la ansiedad que anteriormente tenía.

Por ello, hay que conocer en qué momento hay que intervenir con cada persona. Según el entrevistado 3, “hay que ponerle la música cuando están más alterados, se nota mucho que los tranquiliza”.

Según el entrevistado 2, “el trabajo con música siempre hace que alguna característica del sujeto, algún síntoma de la enfermedad, se palie. Normalmente les trae recuerdos agradables, entonces tienden a relajarse”. También comenta que indiferentemente de la fase del Alzheimer en la que se encuentren los residentes, siempre se pueden observar efectos positivos:

“normalmente trae acompañado, pues, relajación. Hay una expresión facial, mayor comunicatividad, hay mejor comunicación con el interlocutor [...], les aumenta la concentración, se aíslan de todos los ruidos exteriores que le pueden perturbar su atención ya de por sí escasa, y es lo que realmente hace que toda su conducta global mejore mucho. Y por supuesto, su memoria afectiva, que es la última que se pierde, la reminiscencia. La música la tienen asociada con recuerdos de su niñez, de su juventud [...]. Rescatan todos esos recuerdos y la sensación que esos recuerdos les producen. Es como si volviese a vivir esa situación de nuevo”.

Todas estas reacciones las he podido ver mediante la asistencia a las sesiones.

Barcia-Salorio (2009) apunta que la utilización de canciones que forman parte de la vida del enfermo tiene efectos significativos, llegando a ser capaces de cantar y bailar, a pesar de la enfermedad. Afirmación con la que coincide la terapeuta de la residencia: “es muy importante que la

música sea la que ellos hayan escuchado a lo largo de su vida, porque es la que está asociada con sus emociones y con sus vivencias. Obviamente, si le ponemos una música de ahora, actual, que ellos nunca han oído [...], seguramente los dejaría indiferentes o no les diría nada, con lo cual, no asociaríamos a esa vivencia que nosotros pretendemos que les recuerde un bienestar”.

Además, como se ha mencionado anteriormente, una cosa en la que coinciden las tres personas entrevistadas, es que es muy importante usar cascos en vez de altavoces, ya que, según la entrevistada 2: “los aísla, tienen hilo musical y no reaccionan a él. En cambio, cuando le pones su música y sus cascos, es como si algo fuese suyo propio, y entonces sí que reaccionan, tanto con el exterior como con ellos mismos, expresando mayor cantidad de emociones, de sensaciones, del lenguaje...”.

La entrevistada 3 opina igual: “pasa algo raro, y es que, cuando le ponemos la música mientras hacen los ejercicios de la terapeuta, aun teniendo los cascos, te hablan y te hacen caso. Sin embargo, si les hablo a algunos sin cascos, no me hacen caso ni me miran”.

Esto se ha podido verificar en las sesiones, ya que mientras las cuatro personas elegidas están escuchando música, la terapeuta les indica algún ejercicio motor. Ésta se coloca en el centro de la sala y comienza a realizar movimientos, explicando de manera clara y sencilla cómo deben de realizarlos. Pues bien, las cuatro personas que están con los cascos son los que más atentos están a las indicaciones de la terapeuta.

Los entrevistados 1 y 2 comentan que no hay efectos negativos en esta intervención: “lo que sí es verdad, es que, dependiendo del día y del momento, hay enfermos que según el estado de nerviosismo o de agitación de ese momento, no aceptan ponerle los cascos porque le molestan o realmente no quieren hacerlo. Pero realmente, cuando ya se los has puesto, el efecto es espectacular”.

De la misma forma, hay algún sujeto que si ve que no le ponen los cascos, los pide.

Algunos familiares han tenido la oportunidad de ver el cambio que se produce en su familiar, y según el entrevistado 2, “no necesitan más explicación. Cambia su expresión facial, aparece la sonrisa, se comunican, recuerdan letras de canciones, de melodías, cantan e incluso quieren bailar. Realmente es como si todos los límites o todas las barreras que hace diez minutos tenían, desapareciesen”.

Como el día 22 de noviembre fue Santa Cecilia, patrona de los músicos, la terapeuta ocupacional de la residencia preparó un concierto para los ancianos de la residencia, por lo que busqué las partituras de canciones de la época de los residentes para interpretarlas en el concierto junto con la hija de la terapeuta. Durante el mismo, se pudo observar que muchos de los enfermos de Alzheimer

presentes cantaron las canciones que fueron interpretadas. Este hecho es muy importante, ya que son personas que no reaccionan ante el hilo musical que tienen en la sala donde residen el mayor tiempo del día.

Efectivamente, he podido asistir en directo, mediante la técnica de la observación participativa, a todas estas reacciones que han descrito las profesionales. He podido observar que la sesión no se realiza con todos los residentes al mismo tiempo, aunque sí que se encuentran todos en la misma sala. La terapeuta tiene una caja con todos los cascos y reproductores guardados para llevar a cabo la intervención. Todos ellos llevan una etiqueta con el nombre de la persona a la que pertenece. Estas etiquetas se colocan porque cada mp3 lleva canciones diferentes, las canciones que han elegido los familiares para el enfermo de Alzheimer.

Al colocar los cascos a los residentes, al principio te miran perplejos, pero en cuanto suena la música, las facciones de su cara cambian, le brillan los ojos y comienzan a cantar.

Hay un caso en concreto que me ha llamado mucho la atención. En el mes de mayo, cuando comencé a observar el día a día de los residentes con Alzheimer, sin ser intervenidos con la música, me fijé mucho en una persona que estaba siempre con la mirada perdida. A veces me miraba, otras no. Nunca hablaba. Estaba sentada en una mesa rodeada de gente, y se dedicaba a mirar al infinito.

La primera vez que vi cómo intervenían con ella mediante la música, esta mujer no reaccionaba. Se levantaba y se volvía a sentar, pero no sonreía. Me pareció un poco extraño, no sabía qué le ocurría. Cuando una de las auxiliares se sentó a su lado, me dijo que lo que pasaba es que a ella no le gustaban los cascos tan grandes, así que cogí unos más pequeños y se los coloqué tal y como me habían explicado. Me agaché para estar a su altura y empecé a preguntarle si le gustaba. Esa fue la primera vez que me miraba a los ojos. De repente, apareció una sonrisa en su cara y me cantó: “¡Qué viva España!”.

Me parece impresionante que una persona sea incapaz de seguir una conversación coherente, o incluso sea incapaz de hablar, y que al ponerle los cascos ésta comience a cantar la letra de la canción que está escuchando.

Algo que también me llamó la atención es que, al llegar a las sesiones, la mayoría de los enfermos no me saludan, pero al terminar la sesión, todos se despedían de mí con una sonrisa.

### 6.3. ¿Cómo se lleva a cabo en la residencia?

#### 6.3.1. *Toma de contacto*

En la Residencia Zenón Altau de Pedrola se está llevando a cabo del proyecto “Música para despertar”, de Pepe Olmedo (fundador y director del proyecto), desde diciembre del año 2015.

En el momento en el que la directora de la residencia descubre los vídeos que Olmedo publica en la página web del proyecto mostrando las reacciones de las personas con enfermedad de Alzheimer al llevar a cabo este tipo de tratamiento, comenzó a interesarse por el mismo.

La directora, al ser la presidenta de la Asociación Lares de Aragón, de la que la Residencia Zenón Altau está asociada, pudo informar a sus compañeros sobre el proyecto que había descubierto. De esta forma, decidieron pedir una subvención al Gobierno de Aragón para poder participar en el mismo, siendo ésta finalmente aprobada. En ese momento, eligieron los centros que querían participar en él, siendo uno de ellos la Residencia de Pedrola.

A partir de ese momento, comenzaron los preparativos.

Pepe Olmedo se puso en contacto con la directora de la residencia para explicarle los pasos que debía seguir.

#### 6.3.2. *Preparación*

Como el Alzheimer es la primera causa de dependencia, los enfermos se ven obligados a depender completamente de otra persona. Por ello, según la directora de la residencia, en primer lugar se deben realizar las autorizaciones de protección de datos y protección de imágenes.

En el momento en el que se poseen dichas autorizaciones, es hora de elaborar las historias de vida de las personas con las que se va a intervenir. Como dice Peña-Casanova (1999), es importante que los cuidadores conozcan a fondo la enfermedad, su evolución y la fase en la que se encuentra el sujeto para poder darle una buena atención. Para ello, Olmedo les facilitó un cuestionario completo que debía ser contestado por los familiares. De esta forma, es más fácil conocer toda la información necesaria para este tipo de intervención: la vida de cada una de las personas con las que se va a trabajar, sus gustos musicales, sus alteraciones, etc.

Gracias a estos cuestionarios, se pudieron preparar los reproductores de música (mp3), uno para cada persona, ya que en cada reproductor se encuentran las canciones que las familias habían señalado en los cuestionarios que son las que les gustan a los residentes del centro con los que se va a intervenir.

Una vez finalizado este primer paso, todos los trabajadores del centro que quisieron, participaron en un curso de cuatro horas impartido por Olmedo. En él, les enseñó los pasos que debían seguir a la hora de intervenir.

### 6.3.3. *Intervención*

La intervención se realiza en tandas de tres o cuatro personas. Para ello, en las reuniones mensuales que se llevan a cabo con el equipo multidisciplinar, se realiza una evaluación de la situación de cada uno para saber quién tiene prioridad en ser atendido. De esta forma, se eligen mensualmente los residentes con los que se va a trabajar mediante la música.

Para llevar a cabo la intervención es importante que todos los empleados del centro participen, no es conveniente que solamente se dedique a intervenir una persona.

Según el entrevistado 1, la intervención, en un primer momento “...es mucho mejor que sea individual, para que la persona se familiarice con el casco, con la música, y se exprese”. Por ello, las sesiones al principio se llevan a cabo individualmente en un cuarto, hasta que la persona se acostumbra a ello, momento en el que pasan a realizarla en la sala de la residencia donde se encuentran los residentes con algún tipo de demencia.

En el momento de la intervención, según el entrevistado 1: “lo que no puedes hacer es llegar por detrás y ponerle un casco o ponerle algo, que él se va a asustar”. Comenta que lo primero que hay que hacer es mostrar el mp3 a la persona y decirle que es algo que le ha traído su familia, que tiene música que le gusta, “es algo para ellos muy importante, aunque no te conteste”. Al haber sido partícipe de las sesiones, se ha podido observar que todos los reproductores que se utilizan llevan una pinza incorporada para poder engancharlos en los cascos, colocando el cable por detrás de las personas para que no le moleste y para que no pueda manipularlo.

Un dato importante que se puede encontrar en todas las entrevistas realizadas al personal del centro, y que se ha podido observar mediante la asistencia a las sesiones, es que la intervención es más eficaz al utilizar cascos en vez de altavoces, ya que las personas se aíslan de los ruidos exteriores.

En este momento se pueden empezar a reproducir las canciones.

Mientras la persona está realizando la escucha sentado, según el entrevistado 1, el trabajador del centro que esté a cargo de la intervención debe mostrarse sensible con él, cogiéndole de las manos y realizando un movimiento suave de balanceo al ritmo de la música “y entonces le vas preguntando: ¿Te gusta? ¿No te gusta? ¿Qué te dice? Y empieza a cantar. Esa es la forma de llevarlo. No llegar y

de repente ponerle los cascos y pasar de él, no. Tienes que estar con él todo el rato que se lo estás poniendo”.

De esta forma, como dicen De La Rubia, Sancho y Cabañés (2014), se trata de medir los beneficios de la intervención mediante la música, ya que realizarla mediante alternativas biológicas puede causar un aumento de estrés en el enfermo, alterando su estado emocional.

En las sesiones, se ha podido observar que siempre hay más de un trabajador controlando la intervención. En la sala donde se llevan a cabo estas sesiones se pueden encontrar trece mujeres y dos hombres, todos con algún tipo de alteración. Es por ello que se realizan en tandas de cuatro personas, porque sería imposible llegar a todos por igual.

## 7. PROPUESTA DE MEJORA

Según Peña-Casanova (1999), las alteraciones psicológicas y del comportamiento, son las que más afectan a la familia. La terapeuta apunta que “realmente, hay varios factores que causan la preocupación o el estrés en el cuidador de enfermos de Alzheimer, pero sí que es cierto que una de las mayores causas es, ya no tanto la alteración en sí, sino el cambio, ya que puede pasar en poco tiempo de estar contento a estar muy violento o a tener una conducta que nos hace estar un poco indeterminados. No sabemos realmente qué es lo que la causa, entonces el cuidador tiende a culpabilizarse, cree que realmente la causa de que su familiar haya cambiado la tiene él, es algo que ha hecho, entonces, al no entender que realmente no es por eso, pues sí que hace que nosotros estemos estresados, porque no sabemos cómo reaccionar”.

Barcia-Salorio (2009) dice que estos trastornos, siendo la agitación la alteración más frecuente, se dan en el 90% de las personas que contraen la enfermedad de Alzheimer, motivo por el cual se ha convertido en un tema sometido a muchos estudios.

Para paliar esta necesidad, después de haber realizado una investigación, se propone que los cuidadores no profesionales que sufren los efectos colaterales del Alzheimer en su propio domicilio utilicen este tipo de intervención. Según la terapeuta, “es una herramienta importante tanto para terapeutas como para cuidadores, que siempre puede hacerse uso de ella”. Como Trabajadores Sociales, podemos informar a los familiares y cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer que acudan al despacho sobre esta herramienta.

Es verdad que la musicoterapia siempre estará mejor realizada por un musicoterapeuta especializado en ello, pero la intervención tal y como se ha descrito en este informe puede llevarse a

cabo por cualquier cuidador no profesional como un método de alivio. De esta forma, cada vez que su familiar enfermo de Alzheimer presente signos de alteración psicológica o del comportamiento (como ansiedad, delirios, alucinaciones, agresión o vagabundeo), el cuidador podrá reducirlos e incluso eliminarlos.

En el trabajo, se ha investigado el cambio que la música genera en estas personas, constatando que la intervención mediante la música favorece su estado personal y emocional, llegando a la conclusión de que los cuidadores informales pueden llevar a cabo una serie de actuaciones para paliar sus problemas de estrés y ansiedad.

## 8. CONCLUSIONES

La hipótesis planteada “La musicoterapia puede ser una herramienta no farmacológica que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer”, ha resultado ser verdadera.

El objetivo general “Analizar cómo mejora la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer mediante la música” se ha cumplido gracias a la persecución de los tres objetivos específicos expuestos:

- Para cumplir el primer objetivo específico “Observar el comportamiento de las personas con la Enfermedad de Alzheimer antes y durante la terapia con música”, se ha usado la herramienta cualitativa de la observación participante, con la que se ha podido demostrar que el comportamiento de las personas con Alzheimer mejora en el momento en el que les ponemos los cascos con la música de su vida.
- Para cumplir el objetivo específico de “Conocer la opinión del personal de la residencia que está realizando la terapia con la música con enfermos de Alzheimer”, se han realizado una serie de entrevistas al personal de la residencia, con las que se ha podido observar que todos coinciden en que esta herramienta que están usando funciona.
- Para cumplir el objetivo específico de “Conocer cómo se lleva a cabo la terapia en la residencia”, se ha realizado una entrevista a la directora de la misma, para conocer cada paso que llevan a cabo.

Con el cumplimiento de cada uno de estos objetivos se ha podido observar que la música es una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer, favoreciendo sus cualidades, tales como las de relacionarse con otras personas, e incluso llegando a mejorar su estado de ánimo.

También se ha podido observar que estas personas no reaccionan con el hilo musical que hay en la sala, es necesario la utilización de cascos individuales para que esta herramienta funciones.

Además, estas personas pueden compatibilizar el uso de la herramienta de la música con las actividades que propone la terapeuta ocupacional, realizando cada una de ellas con éxito.

La muestra escogida para la realización de este trabajo es muy reducida pero suficiente para indicar que esta herramienta supone un avance respecto a la enfermedad de Alzheimer, considerando muy importante la extensión de esta experiencia para que toda la sociedad conozca sus efectos y pueda llevarla a cabo. Los resultados han sido tan impresionantes, que vale la pena seguir intentándolo.

Los Trabajadores Sociales pueden contar con una herramienta más para trabajar con las personas con Alzheimer, y además, pueden informar y aconsejar a los familiares sobre los beneficios de usarla, para que de esta manera desaparezcan los problemas de ser un cuidador informal.

En conclusión, esta investigación realizada confirma que al intervenir mediante la música, se consigue una mejora momentánea de la calidad de vida de las personas con demencia de tipo Alzheimer.

## BIBLIOGRAFÍA

Aulestia Urrutia, K. (2014). *El Alzheimer en España. Situación actual de la enfermedad y su investigación*. Recuperado el 03 de Agosto de 2016, de <http://redseneca.org/noticia/el-alzheimer-en-espana-situacion-actual-de-la-enfermedad-y-su-investigacion>

Barcia-Salorio, D. (2009). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Psiquogeratría*, 1(4), 223-238.

Barón, M., Anta, P., Gómez, E., y Jiménez, A. (2005). *El Alzheimer y otras demencias: Guía para familiares y cuidadores*. Albarracín: OCU Ediciones, S.A.

Camacho Sánchez, P. (2006). Musicoterapia: culto al cuerpo y a la mente. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo (págs. 155-188)*. La Rioja: Universidad de la Rioja.

Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA). Recuperado el 09 de Mayo de 2016, de <http://www.ceafa.es/actualidad/noticias/sintomas-alzheimer-conoce-que-sucede-las-siete-fases-enfermedad>

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Edición revisada. Madrid: MCGRAW-HILL

Crespo López, M., y López Martínez, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.).

De la Rubia Ortí, J., Sancho Espinós, P., & Cabañés Iranzo, C. (2014). 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. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.

Fundación Reina Sofía. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Recuperado el 05 de Abril de 2017. [http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales\\_Alzheimer\\_final.pdf](http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Notas de prensa*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2016, de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

Martínez, A. (2009). *El Alzheimer*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Marco, M., y Tomás, E. (2013). La investigación en y para la intervención social: la aplicación al Trabajo Social. *Aportaciones al Trabajo Social*. (pp. 223-247). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Olmedo, P. (2013). "*Música para despertar*". Recuperado el 2 de Septiembre de 2016, de <http://www.musicaparadespertar.com/>

Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Rodríguez, J. (2014), "*La demencia, en aumento*". Recuperado el 09 de Mayo de 2016, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/demencia-EROSKI%20CONSUMER-05-2014.pdf>

Ruiz Olabuénaga, J. (2012), *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Woods, R. (1991). *La Enfermedad de Alzheimer. Enfrentarse a la muerte en vida*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

## RECURSOS VISUALES

Música para "Despertar" - Mejora el estado en enfermos de Alzheimer (Pepe Olmedo)

<https://youtu.be/sPuz1b3UhmE>

Música para “despertar” el Alzheimer y otras demencias (Pepe Olmedo)

<https://www.youtube.com/watch?v=IdAK2NoPwHU>

Las maravillas de la música en el Alzheimer (Pepe Olmedo)

<https://www.youtube.com/watch?v=HvDpihOZNiM>

### FICHA DE OBSERVACIÓN (GUIÓN)

Fecha:
Hora:
Lugar:
Sujeto:
- Saluda
- Mira
- Habla
- Expresión positiva
- Desorientación
- Actividades
Observaciones personales:

### ENTREVISTAS

#### ENTREVISTADO 1

---

- **¿Por qué decidisteis intervenir con los enfermos de Alzheimer mediante la música? Y ¿por qué os decantasteis por el proyecto “Música para despertar” de Pepe Olmedo?**

Esta fundación, es una fundación sin ánimo de lucro y está asociada a una asociación de residencias de mayores sin ánimo de lucro que se llama Lares, entonces yo soy la presidenta de esa asociación, de Lares Aragón. Hay en todas las autonomías (Lares Aragón, Lares Navarra, Lares tal y Lares cual). Entonces todo lo que se crea, todo lo que es nuevo, pues enseguida nos ponemos en contacto unos compañeros con otros. Entonces mi compañero, su hijo es el que se había puesto a hacer esto como voluntario en la residencia de ellos, en Granada. A raíz de él y que venía (Pepe Olmedo, pues yo soy muy amiga de su padre y de su madre), entonces conocía el proyecto en primera persona de cómo era y enseguida me hice seguidora y lo compartí con el Facebook de la residencia. Entonces veía todo lo que hacía y estaba ilusionada. Entonces pedimos una subvención al Gobierno de Aragón desde Lares

y nos concedieron una subvención. Entonces dijimos qué residencias querían participar y entre ellas yo, como es normal, apunté a la de Pedrola. Una parte la pagaba la asociación y otra parte la pagábamos nosotros. Entonces, por eso vino Pepe a Pedrola y va a venir a Alagón, va a venir a dos o tres residencias más de Aragón porque tenemos esa subvención y tal. Por eso te digo, le conocía a él.

- **¿Cuánto tiempo lleváis interviniendo con los enfermos de Alzheimer mediante la música?**

Desde diciembre. En diciembre hace un año. Diciembre de 2015.

Previamente, antes de que viniera él, él ya me mandó para adelantar, como es normal, hacer las historias de vida, es decir, tuvimos que pedir a las familias ver qué canciones les habían gustado de su época, un poco hacer una historia de vida.

Nos entregó un cuestionario y unas preguntas para un poco conocer la vida de cada persona.

- **¿Os facilitó Pepe Olmedo unas pautas a seguir para llevar a cabo la intervención?**

Hicimos un curso. O sea, nosotros lo primero que hicimos, como te digo, es recoger toda la documentación. Luego vino aquí él e hicimos un curso de cuatro horas, todo el personal de la casa, entonces ya nos marcaron unas pautas de cómo teníamos que actuar. Auxiliares, terapeuta, limpieza... invitamos a todo el mundo porque lo que dice él es que en esto tiene que participar todo el mundo, o sea, esto no puede ser que lo hagan dos y ya está, no, en esto tenemos que participar todo el mundo. Entonces invitó a todo el mundo, o sea, todo el mundo que quiso.

- **¿Quién está llevando la intervención actualmente?**

A ver, nosotros lo que hacemos ahora, lo que hemos hecho hasta ahora es que con las pautas que él nos dijo, decidimos en el PAI anual, no, mensual, que hacemos aquí una reunión del equipo interdisciplinar y ahí cada mes revisamos unos cuantos abuelos que nos toca revisar, hacer una evaluación. Entonces en esas reuniones decidimos, el equipo, qué personas creíamos que era más necesario comenzar con ellos. Entonces cada mes revisamos cómo va ese despertar de la música con estas personas y vamos valorando y decidiendo si metemos a alguien más o no metemos a alguien más.

- **Esta intervención, por lo que he podido observar, no sólo la lleváis a cabo con enfermos de Alzheimer, ¿es así?**

No, porque él, cuando nos lo presentó, nos lo presentó para personas con alteraciones de conducta que puede ser que sea Alzheimer o que tengan un deterioro cognitivo, una demencia senil, aunque no

sea el Alzheimer propiamente, sino que tengan una alteración de conducta, y luego también, con personas, por ejemplo, que tienen soledad. Es decir, que están aisladas, que también era importante, que también lo hemos hecho con personas, también, pues que al final de su vida, pues que estén con una paz interior con esa música, ya no cantando, sino con una música, solamente música. Entonces lo hemos hecho con alguna persona que cuando está ya al final de la vida, pues un poco se lo poníamos para que tengan más paz. Solamente lo que es la música. Los tranquiliza.

Hemos conseguido que personas que el vocabulario de ellos es muy reducido, cuando tienen ya este deterioro, pues que puedan cantar, que eso era imposible, que pudieran cantar, que recordaban. Porque sabrás que tenemos en el cerebro, sino lo explica él muy bien, en el cerebro tenemos una parte que justamente, la música es de las últimas partes que llega a perderse.

- **¿Cuántos enfermos de Alzheimer hay institucionalizados en la residencia?**

(Entra en la lista)

En principio ya te digo que hay personas... que nosotros hemos actuado con todo ese tipo de personas. Voy a entrar en la lista.

Es que hay alguno que tengo que tienen demencia vascular, pero es que...

En realidad hasta que le hacen el escáner, que hay algunos que los llevan al neurólogo... que seguro que los llevan al neurólogo para que sean diagnosticados, y eso te viene bien para cuando haces el informe de dependencia esté el diagnóstico, y hay algunos que los médicos de atención primaria dicen: ¿para qué? Pero tienen que ir al neurólogo, y que te hagan la especialidad.

Es que hay algunos que tienen enfermedades obsesivas, que también son deterioros, pero Alzheimer... No te puedo dar los nombres, porque... en todo caso las iniciales. En total son once.

- **No necesito saber los nombres, pero necesitaría que me ayudases a identificar quienes son, porque tengo que observar las reacciones que tienen al intervenir con ellos.**

¿Con quién estuviste en las sesiones?

- **Las sesiones en las que he participado eran todas grupales.**

Vale, pues: M reacciona muy bien. C también tiene Alzheimer.

E también. Se diferencia muy bien. ¿Tú ves la mirada que tiene? Ahora, con el concierto estaba cantando "clavelitos" entera. Les va muy bien. Lleva un par de casos que lleva cantando, porque iban siguiéndola a ella porque iba más retrasada.

Algunos es que no están diagnosticados. Nosotros por ejemplo ahora, dos que han venido hace poco les hemos dicho y los han llevado al neurólogo. Es que tienen que ir.

Hay 11 con Alzheimer, pero después tenemos a unos cuantos con alteraciones de conducta que no son tipo Alzheimer.

Alteración de conducta tiene por ejemplo MA, tiene mucha más gente, o sea, que hay más gente con alteración.

- **¿Crees que intervenir mediante la música con enfermos de Alzheimer puede funcionar como un método de alivio añadido?**

Mira, el hecho en sí que tu cojas a una persona, le coloques los cascos, con la música que a él le gusta, estés con él, porque no solamente hay que colocárselos, es estar, tal y cómo nos explicaba Pepe, que había que estar con él y darle cariño porque estás con él cercano, le coges las manos, haces un poco el balanceo. Entonces solamente darle ese cariño a esa persona, le entra, o sea, eso ya es muy importante para ellos porque se sienten queridos. Aunque diga la gente cuando vienen a ver a una persona de estas que no se enteran de nada, claro que se enteran. Y desde luego, todo eso y encima transportarles la música que ellos han oído, porque les queda algo de su reminiscencia, de lo que han pasado antes para ellos...

- **¿Resulta más efectiva la música que conocía el paciente o es indiferente?**

Claro, sí. Tiene que ser algo que les quede a ellos, entonces, eso claro que les funciona. Ayuda a que haya menos sujeciones, a que la persona esté más relajada, que esté más distendida, que se sienta más a gusto, totalmente.

- **¿Cómo resulta más efectiva la intervención? ¿Con cascos o mediante los altavoces?**

Sí, eso nos lo dijo Pepe. Probó con todo, y con estos cascos tan gordos es con lo que mejor va, porque así ellos, la música va para ellos, se concentran más en eso.

- **¿Crees que los familiares podrían realizar este método desde su casa?**

Claro. Es que la pena es cuando llegan aquí mucha gente viene ya en una fase muy terminal. Entonces lo bueno de todo es la prevención, y el mantener. Entonces está totalmente comprobado que todas estas personas que hacemos terapia tanto cognitiva como con esto, pues lo que haces es un poco la agilidad verbal, que es que viene la gente que no tiene vocabulario para hablar, o sea, y viene aquí, consigues que tengan vocabulario, que en momentos determinados te suelten frases o palabras que sería inviable, entonces lo que es mantener y prevenir, eso es fundamental.

El Alzheimer no tiene cura, vas a ralentizar, vas a mantener, a mejorar la calidad de vida.

- **¿Encuentras algún efecto negativo al realizar la intervención mediante la música?**

Pues yo es que no le veo efectos negativos ninguno.

No, porque si hay alguna persona que no se quiere, yo recuerdo que había alguna persona que no quiere, no se le pone.

Es más, lo que nos ha pasado es que cuando le ponías los cascos, por ejemplo, cuando hacía unos estudios, y había que dedicarle tanto tiempo, cogíamos a tres o cuatro, por ejemplo, se lo poníamos a unos y no se lo poníamos a otro, porque al principio lo poníamos individual en un cuarto, para que no... pero luego ya cuando se habituaba a él lo poníamos en la sala, y había gente que no lo tenía y quería.

- **¿Son más efectivas las sesiones individuales que en grupo?**

Al principio es mucho mejor que sea individual, para que la persona se familiarice con el casco, con la música, y se expresa. Y cuando ya se ha acostumbrado, ya puedes llegar y llevarlo a la sala. Pero es recomendable que se haga individual.

- **A la hora de intervenir, ¿se siguen unos pasos preestablecidos?**

Primero hacer la historia de vida y los cuestionarios con todo lo que hay que recoger, toda la información requerida de él, a parte de las autorizaciones normales de protección de datos, de protección de imágenes para grabarle y todo esto.

Y cuando ya tenemos la historia de vida y hemos preparado toda su música en el mp3 que le ponemos, empezamos a decirle: mira, que me ha traído tu familia esta música, que es la que te gusta, te voy a poner esto...

O sea, lo que no puedes hacer es llegar por detrás y ponerle un casco o ponerle algo que él se va a asustar, o sea, se lo enseñas lo que llevas. Le dices que es algo que te ha traído su familia, que es algo para ellos muy importante, aunque no te conteste. Y entonces ya por delante se lo enseñas y se lo pones, y el cable se lo pones por detrás. Y entonces se lo conectas. Entonces le tocas la mano, hay que estar sensible con ellos, y empiezas un poco, sabiendo qué es la música, a llevarle así sentados, llevándole, para que ellos tengan esta sensación así (balanceo) y entonces le vas preguntando: ¿Te

gusta? ¿No te gusta? ¿Qué te dice? Y empieza a cantar. Esa es la forma de llevarlo, no llegar y de repente ponerle los cascos y pasar de él, no, tienes que estar con él todo el rato que se lo estás poniendo.

C cantaba, bueno... tú hablas con ella, que ella venía de revisión y dices, no... venía de revisión del hospital... y te dice: ¿esto es la escuela? ¿Dónde voy? ¿Dónde estoy? O sea, se desubica, que no sabe llevar una conversación, y cuando tú le pones eso y ves que pueden cantar una canción, o sea, dices: pues esto es muy importante Y algo muy importante es que ellos se sientan contentos y felices. A C le ha gustado mucho siempre la música y bailar, entonces eso la vuelve loca, le da la vida.

- **Para llevar a cabo esta intervención en casa ¿en qué momento recomiendas hacerlo?**

Nosotros aquí nos decía que había que, primero ponerlo, y cuando ves que se relaja y que eso ves que es una cosa que es buena, pues tenemos que saberlo.

Tenemos un abuelo que lo bajábamos al gimnasio y cuando lo bajábamos se dormía, con lo cual, no podía el fisio trabajar con él. Entonces ¿qué hicimos?, descubrimos que poniéndole los cascos, lo bajábamos al gimnasio en la silla de ruedas y con los cascos, entonces con la música iba cantando y podía trabajar en el gimnasio porque no se le dormía.

Por ejemplo, teníamos a uno que era muy ansioso comiendo, entonces antes, una hora antes de la comida le poníamos los cascos, y entonces eso le relajaba y comía tranquilamente sin estar con esa ansiedad. Entonces cada persona nosotros habíamos valorado que lo que veíamos que queríamos mejorarle, y entonces, por ejemplo, había gente que le teníamos que acostar con la grúa, entonces hay a gente que eso de la grúa le pone muy nervioso, le altera. Entonces, cuando sabíamos que se alteraba le poníamos un rato antes la música para que le relajara y cuando le fuéramos a acostar y ponerlo en la grúa, pues que estuviera más relajado.

Hay que coger el momento justo en cada persona.

Si una persona ves que se altera, es que claro, hay que tener una observación, y saber exactamente cuándo una persona se altera. Se altera cuando hace esto, pues vamos a intentar potenciar que le pongamos esto para evitar o conseguir que esté más tranquilo.

- **He leído que las alteraciones psicológicas y del comportamiento, entre ellas destacando la agitación causada por la enfermedad del Alzheimer en los sujetos, es la causa principal del estrés de los cuidadores, ¿es así?**

Realmente hay varios factores que causan la preocupación o el estrés en el cuidador de enfermos de Alzheimer, pero sí que es cierto que una de las... de las mayores causas es eh... ya no tanto la alteración en sí sino el cambio, o sea el cambio puede pasar en poco tiempo de estar contento a estar muy violento o a tener una conducta que nos hace estar un poco indeterminados, o sea, no sabemos realmente que es lo que la causa, entonces el cuidador tiende a culpabilizarse, o sea, cree que realmente la causa de que su familiar haya cambiado la tiene, es él, es algo que él ha hecho, entonces al no entender que realmente no es por eso pues sí que hace que nosotros estemos estresados porque no sabemos cómo reaccionar.

- **¿Crees que la intervención con enfermos de Alzheimer mediante la música puede funcionar como un método de “alivio” añadido?**

El trabajo con música siempre hace que alguna característica del sujeto, algún síntoma de la enfermedad se palie. Normalmente les trae recuerdos agradables, entonces tienden a relajarse.

- **¿En qué fase de la enfermedad funciona mejor este método? ¿Por qué? ¿En qué fase se encuentran los enfermos de Alzheimer con los que intervienes?**

Es complicado que nos lleguen enfermos en la primera fase porque prácticamente es muy difícil de detectar. El diagnóstico siempre viene cuando ya están en una demencia moderada o en una fase ya terminal, la fase ya más avanzada, cuando hay un deterioro tanto físico, como cognitivo y motor más profundo. Sí que en cualquiera de las fases es positiva por lo que he dicho, porque normalmente trae acompañado pues relajación, hay una expresión facial, mayor comunicatividad, hay mejor comunicación con el interlocutor, son también la concentración, les aumenta la concentración, se aíslan de todos los ruidos exteriores que le pueden perturbar su atención ya de por sí escasa y es lo que realmente hace que todo su conducta global mejore mucho, y por supuesto, su memoria afectiva, que es la última que pierde, la reminiscencia, la música la tienen asociada con recuerdos de su niñez, de su juventud, la memoria a largo plazo que es lo último que se pierde y entonces sí que rescatan esos recuerdos y la sensación que esos recuerdos le produce, es como si volviese a vivir esa situación de nuevo.

- **¿Qué efectos positivos encuentras? ¿Negativos?**

Yo creo que efectos negativos no existe ninguno, lo que sí es verdad es que dependiendo del día y del momentos, pues hay enfermos que según el estado de nerviosismo o de agitación de ese momento, pues no aceptan ponerle los cascos porque le molestan o realmente pues no quiere eso. Pero realmente, cuando ya se los has puesto, el efecto es espectacular.

- **¿Es más favorable utilizar cascos que altavoces?**

Es mejor los cascos porque como he dicho antes, los aísla, tienen hilo musical y no reaccionan a él, en cambio cuando le pones su música y sus cascos, es como si algo fuese suyo propio, y entonces sí que reaccionan tanto con el exterior como con ellos mismos expresando mayor cantidad de emociones, de sensaciones, del lenguaje...

- **¿Resulta más efectiva la música que conocía el paciente o es indiferente?**

Es muy importante que la música sea la que ellos hayan escuchado a lo largo de su vida, porque es la que está asociada con sus emociones y con sus vivencias. Obviamente, si le ponemos una música de ahora, actual, que ellos nunca han oído y que no tienen pues seguramente los dejaría indiferentes o no les diría nada, con lo cual no asociaríamos a esa vivencia que nosotros pretendemos que les recuerde un bienestar.

- **¿Crees que podrían realizar este método los familiares desde su casa antes de ser institucionalizados? ¿Cuándo recomiendas que lo hagan? ¿Es conveniente intervenir con la música en enfermos de Alzheimer mientras están realizando otras actividades? ¿Mejoran su capacidad para realizar la otra actividad?**

Creo que es una herramienta importante tanto para terapeutas como para cuidadores que siempre puede hacerse uso de ella, además, sí que es conveniente estimularlos y mirarlos, interactuar con ellos cuando están realizando la escucha porque sí que reaccionan y hacen, siguen mejor las pautas para cualquier otra actividad. Lo que al principio pensábamos que a lo mejor solamente escuchar la música porque les interfería en otras tareas, hemos comprobado que realmente es al revés, o sea, pueden compatibilizar perfectamente con un ejercicio motriz, tú le estás haciendo delante, ellos reaccionan y te lo hacen.

- **¿Cómo reaccionan los familiares?**

Los familiares que han tenido oportunidad de ver el cambio en su familiar cuando le ponemos los cascos creo que es que no necesita más explicación, porque todo su cuerpo realmente, lo que he dicho

antes, o sea, cambia su expresión facial, aparece la sonrisa, se comunican, recuerdan letras de canciones, de melodías, cantan e incluso quieren bailar. Realmente es como si todos los límites o todas las barreras que hace diez minutos tenían, desapareciesen.

- **¿Cuánto tiempo lleváis interviniendo con los enfermos de Alzheimer mediante la música?**

Llevamos haciéndolo desde diciembre del 2015.

- **¿Crees que podrían realizar este método los familiares desde su casa antes de ser institucionalizados?**

Sí.

- **¿Qué efectos positivos encuentras al intervenir con los enfermos de Alzheimer mediante la música?**

Creo que intervenir con enfermos de Alzheimer mediante la música funciona como un método de alivio, porque el tratamiento con medicamentos casi ni se nota y además, tiene efectos secundarios, no tiene cura. En el curso con Pepe vimos videos que él había grabado en la residencia en la que está y se ve un cambio muy grande en las caras de las personas con Alzheimer y en que hablan, algunos hasta bailan. Creo que puede mejorar su calidad de vida. Por lo menos se evaden un poco.

E tiene Alzheimer, y esta tarde en el concierto estaba cantando. G, también tiene Alzheimer y se sabe todas las canciones, y cuando le ponemos la misa todos los domingos, no se entera de la misa, pero cada vez que cantan, se canta todas las canciones de misa.

- **¿Cómo resulta más efectiva la intervención? ¿Con cascos o mediante los altavoces?**

Es mejor con cascos porque se aíslan de los ruidos y eso, y se concentran más.

- **A la hora de intervenir, ¿qué pasos sigues?**

Pepe nos dijo que había que preguntar a las personas mientras están con la música, muchos empiezan a cantar. F cantaba mucho. Hay que hacerles un balanceo, se le puede ir preguntando cosas de su vida de antes para ver si lo recuerda, y muchos sí que lo hacen.

- **¿Crees que los familiares podrían realizar este método desde su casa?**

Creo que se podría realizar en casa completamente. No hace falta ser musicoterapeuta. Ellos seguro que lo hacen mejor, pero las pautas que nos han dado son muy fáciles y las puede realizar todo el mundo. Yo soy auxiliar, y lo estoy haciendo todas las mañanas.

- **¿Qué beneficios crees que tiene la intervención mediante la música?**

Los beneficios que tienen es que sonrían, gente que no habla nunca, de repente hablan sobre lo que están escuchando. También pueden cantar la letra de la canción, siendo que nunca les había escuchado una frase entera que tuviese sentido. Hay gente que estaban nerviosos porque no sabían dónde estaban, se desubican, y cuando le ponemos la música todo eso desaparece.

- **Para llevar a cabo esta intervención en casa ¿en qué momento recomiendas hacerlo?**

Hay que ponerle la música cuando están más alterados, se nota mucho que los tranquiliza. Aunque hay un hombre al que no le podíamos poner la música antes de bajar al gimnasio porque iba muy alterado, no hacía caso, entonces según la persona, hay que saber cuándo ponérsela a cada persona.

- **¿Es conveniente intervenir con la música en enfermos de Alzheimer mientras están realizando otras actividades?**

Pasa algo raro, y es que cuando le ponemos música mientras hacen los ejercicios de la terapeuta, aun teniendo los cascos te hablan y te hacen caso. Sin embargo, si les hablo a algunos sin cascos, no me hacen caso, ni me miran. Contestan con los cascos puestos.

- **¿Mejoran su capacidad para realizar la otra actividad?**

Sí.

- **¿Cómo lleváis a cabo la intervención? ¿Individualmente o en grupo?**

Primero hacíamos las sesiones individuales, pero ahora que ya están acostumbrados se hace en la sala.



