



Universidad de Valladolid
Grado en Historia y Ciencias de la Música

Musicoterapia en el tratamiento de los síntomas de la Enfermedad de Alzheimer

Autor/a: Sandra García Gómez

Tutor/a: Alicia Peñalba Acitores

Curso académico 2012-2013

Fecha de presentación: 28 de Junio del 2013



Universidad de Valladolid
Grado en Historia y Ciencias de la Música

Musicoterapia en el tratamiento de los síntomas de la Enfermedad de Alzheimer

Autor/a: Sandra García Gómez

Tutor/a: Alicia Peñalba Acitores

Curso académico 2012-2013

Fecha de presentación: 28 de Junio del 2013

Índice

I. Introducción: presentación y justificación del tema elegido	4
1.1. Estado de la cuestión	7
1.2. Objetivos	11
1.3. Marco teórico	11
1.4. Metodología y estructuración del trabajo	17
1.5. Fuentes consultadas	17
II. Intervención musicoterapéutica según las diferentes áreas afectadas	19
2.1. Área física	19
2.1.1. Motricidad y sincronización	20
2.1.2. Activación	22
2.1.3. Relajación	22
2.2. Área cognitiva	24
2.2.1. Memoria y reminiscencias, conectando con la emoción	25
2.2.2. Atención	27
2.2.3. Reconocimiento auditivo	28
2.3. Área comunicativa	29
2.3.1. Lenguaje oral	30
2.4. Área social	30
2.4.1. Baile	31
2.4.2. Taller de construcción de instrumentos	32
2.4.3. Canto colectivo	32
III. Conclusiones	34
IV. Bibliografía	37
V. Anexos (Documentos, textos, imágenes, etc.)	45

I. Introducción: presentación y justificación del tema elegido

Este trabajo pretende ser una aproximación a los diferentes síntomas de la Enfermedad de Alzheimer (en adelante E.A.) y a las actividades musicales utilizadas para tratarlos. Se dará una visión general sobre el Alzheimer y un estado general de la cuestión sobre la intervención musicoterapéutica que se utiliza con dichos enfermos. Centrándose en las diferentes áreas a las que afecta la enfermedad (física, cognitiva, comunicativa y social), se ofrecerán una serie de propuestas de actividades y análisis de las características que las diversas músicas utilizadas deben tener para tratar los aspectos de cada uno de los síntomas relacionados con el deterioro producido en la E.A.

Los efectos que tiene la música en nuestro cuerpo son sumamente significativos: favorece el movimiento, mejora la memoria ayudando a recuperar recuerdos y a orientarse en la realidad, es un método de interacción social y un medio de comunicación capaz de expresar y evocar emociones. Da significado a muchos momentos de nuestra vida: desde que nacemos, con las canciones de cuna, pasando por las canciones infantiles, las canciones de boda y las que acompañan nuestro funeral o la música que aparece en nuestro día a día. Hacemos deporte con ella, la escuchamos cuando vamos a hacer la compra o esperamos a que nos atienda el médico. Casi sin que nos demos cuenta, la música forma una parte importante en nuestra vida, y eso es algo que continúa así hasta el momento de nuestra muerte.

Tal y como indica Enrique Cámara¹, la música tiene determinados usos y funciones: tanto el ciclo de la vida como el calendario de tareas cuentan con la aparición de expresiones sonoras significativas, además de que referencias a la música con intención terapéutica en la cultura occidental aparecen ya en la época de Catón.

La música se puede definir como un orden voluntario de sonidos determinados que transcurren en un tiempo, un sistema sonoro de significados propios que el ser humano convierte en lenguaje universal. Dicha universalidad confiere a la música un poder que trasciende la edad, la cultura y que por eso tiene tanto valor en las intervenciones musicoterapéuticas. Una música que en terapia se utiliza en todas sus manifestaciones: vocales (cantadas y habladas), no vocales (rítmicas, musicales armónicas y melódicas) y corporales.

¹ Cámara de Landa, Enrique. 2011.

La Enfermedad de Alzheimer se considera un trastorno mental, un tipo de demenciaⁱ, que, junto con las demás que aparecen en el apartado “Demencia” del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-IV), caracterizada por el desarrollo de múltiples déficit cognitivos que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad, a los efectos de una sustancia, etc.:

A	Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:
A.1	Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y
A.2	Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> • Afasia • Apraxia • Agnosia • Alteración de funciones ejecutivas
B	Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.
C	La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.
D	Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:
D.1	Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
D.2	Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ej. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)
D.3	Intoxicaciones
E	Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.
F	El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Tabla 1. Síntomas Alzheimer. DSM IV.²

² López-Ibor Aliño, Juan José. 2010: 148-149.

Otra posible guía de los síntomas de esta enfermedad es la que proponen el *National Institute on Aging* y la *Alzheimer's Association*, que sustituyen a los criterios NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*) publicados en su versión definitiva en abril de 2011 y son:

<p>La demencia es diagnosticada cuando se dan síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que interfieren con la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales, y representan un declive con respecto a los niveles previos de funcionalidad y rendimiento, y no se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor.</p>
<p>El deterioro cognitivo o conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes dominios:</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Deterioro de la capacidad para adquirir y recordar información nueva; los síntomas incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, colocación errónea de pertenencias personales, olvido de sucesos o citas, perderse en una ruta familiar. · Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, juicio empobrecido; los síntomas incluyen: mal entendimiento de riesgos de seguridad, incapacidad para el manejo de finanzas, capacidad empobrecida para la toma de decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o secuenciales · Deterioro de las capacidades visuoespaciales; los síntomas incluyen: incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, o para encontrar objetos que están a la vista pese a una buena agudeza visual, incapacidad para operar con herramientas simples, o para orientar la ropa al cuerpo. · Deterioro de las funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir); los síntomas incluyen: dificultad para encontrar las palabras adecuadas mientras se habla, vacilaciones; errores en el habla, en el deletreado y en la escritura. · Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento; los síntomas incluyen: fluctuaciones insólitas del humor tales como agitación, deterioro de la motivación e iniciativa, apatía, pérdida de la iniciativa, retraimiento social, interés reducido en actividades anteriores, pérdida de empatía, conductas compulsivas u obsesivas, comportamientos socialmente inaceptables.

Tabla 2. Criterios para la demencia de cualquier causa: criterios clínicos centrales.³

³ De la Vega, R. y Zambrano, A. 2011: <http://www.hipocampo.org/criterios.asp>

Numerosos estudiosⁱⁱ muestran que la música reporta beneficios en las personas con E.A. disminuyendo la ansiedad y la depresión, mejorando la expresión, las funciones físicas y mentales afectadas en los enfermos y, en última instancia, las relaciones sociales de los ancianos con su entorno. En este trabajo se estudiarán los tipos de música que tienen un potencial para ser utilizados en intervenciones musicoterapéuticas en personas con Alzheimer para tratar cada uno de los síntomas que presenta la enfermedad, en cada una de las áreas afectadas (física, cognitiva, comunicativa y social)

1.1. Estado de la cuestión

Son muchos los estudios que abordan el uso de la música en el tratamiento de las demencias. Centrándonos específicamente en la E.A., nos encontramos con que es una herramienta terapéutica capaz de lograr que estas personas adopten una actitud positiva ante la vida con más aceptación a la hora de tomar conciencia de su situación. Es un medio que permite la posibilidad de conservar durante un mayor tiempo las capacidades de algunas áreas cognoscitivas y tratar los trastornos del comportamiento que se presentan en la enfermedad.

El Alzheimer aparece sobre todo en edades avanzadas, ligado al proceso de envejecimiento que experimentan todos los seres vivos. En el envejecimiento, tiene lugar una pérdida de plasticidad en músculos y articulaciones, y un deterioro intelectual, siendo posible que en algunos casos aparezcan enfermedades neurodegenerativas. A nivel cerebral se advierte una disminución del peso y el volumen del mismo y un aumento de tamaño en los ventrículos cerebrales, y al llegar a una edad más avanzada, una atrofia en las ramificaciones neuronales. El envejecimiento es, pues, un proceso de pérdida escalonada de funciones hasta la muerte de la persona. Debido a esto, el enfermo puede presentar sentimientos de frustración, dolor, rabia, angustia, depresión y deterioro de la percepción, lo que influye negativamente en sus relaciones sociales.

Los tratamientos musicoterapéuticos orientados a tratar la E.A. se centran en disminuir esos niveles de ansiedad y depresión, facilitar la expresión en el caso de que existan problemas de comunicación, potenciar las funciones físicas y mentales afectadas (concentración, memoria y psicomotricidad), orientar al paciente en el espacio-tiempo, etc. pudiendo ser combinada con otros tratamientos de tipo farmacológico.

Existen estudios que han demostrado la eficacia de las intervenciones musicoterapéuticas en las diferentes áreas de pacientes que presentan Alzheimer: en el ámbito físico se logra un aumento de la tolerancia muscular y una ampliación del rango de movimiento en las extremidades; en el ámbito de la mente, la musicoterapia responde como herramienta para orientarse en la realidad y afianzar conceptos espacio-temporales; en las relaciones sociales y en el campo emotivo, ayuda a restaurar la dignidad del paciente y le ayuda a establecer interacciones sociales.

La música es una herramienta capaz de modificar nuestro estado de ánimo, nuestros ritmos fisiológicos, es capaz de evocar recuerdos y sensaciones, de ser un medio de comunicación que asocia e integra a las personas, una parte indispensable de nuestras vidas. La musicoterapia, según la *American Music Therapy Association* (AMTA) es:

Una profesión, en el campo de la salud, que utiliza la música y actividades musicales para tratar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de personas de todas las edades. La musicoterapia mejora la calidad de vida de las personas sanas y cubre las necesidades de niños y adultos con discapacidades o enfermedades. Sus intervenciones pueden diseñarse para mejorar el bienestar, controlar el estrés, disminuir el dolor, expresar sentimientos, potenciar la memoria, mejorar la comunicación y facilitar la rehabilitación física⁴.

Si bien es cierto que esta definición nos puede dar una visión global de la disciplina, ésta depende en gran medida del enfoque y la escuela que la pone en práctica (ver tabla 3). Aún así, como base común se evidencia que las actividades musicales (audición, ejecuciones instrumentales y vocales o improvisaciones) deben formar parte del proceso terapéutico.

Musicoterapia creativa (Paul Nordoff)
Musicoterapia analítica (Mary Priestly)
Terapia de Libre Improvisación (Juliet Alvin)
Modelo Benenzon
Modelo Bonny o de imágenes guiadas con música (Helen Bonny)

Tabla 3. Corrientes y escuelas de Musicoterapiaⁱⁱⁱ

⁴ Jauset Berrocal, 2009: 93.

Centrándonos en la musicoterapia como tratamiento de la E.A., hay estudios propuestos por varios autores relacionados con los diferentes campos de actuación en relación a la enfermedad, como la orientación a la realidad, la interacción social, la activación de reminiscencias, la mejora de la capacidad mnésica, o la conservación de la atención, entre otras.

En el área de Orientación a la Realidad, Jennifer Riegler⁵, propuso un estudio en el que comparaba a pacientes geriátricos que escuchaban música con otros que no lo hacían, y concluyó que el tratamiento basado en música mejoraba la orientación para ubicarse en un contexto, un entorno y unas coordenadas espacio-temporales concretas, además de permitir que los pacientes se expresaran de una forma más libre y mejorase su estado de ánimo, volviéndolos menos defensivos y agresivos en sus relaciones sociales.

Con respecto a las Relaciones Sociales, Pollack y Namazi⁶ concluyeron que individualizar la música en pacientes de Alzheimer con daño moderado a severo en la conducta social de un grupo, facilita la interacción y anima al contacto social más allá de la terapia. Otro estudio realizado por Brotons y Marti⁷ mostró que familiares y cuidadores percibieron mejoras en las áreas sociales, emocionales y psicomotoras de los pacientes con un diagnóstico probable de E.A. en las fases tempranas a moderadas de la enfermedad, así como un aumento de la expresividad, la atención y la memoria remota tras haber asistido a sesiones de musicoterapia.

En las Reminiscencias, entendidas como recuerdos muy entroncados con las emociones, Sato Ashida⁸ encontró que es posible reducir los síntomas durante y después de la terapia e incluso lograr que esta reducción se alargase en el tiempo después del tratamiento. La música también contribuye a mejorar la Memoria en pacientes con Alzheimer, como demostraron Carol A. Prickett y Randall S. Moore⁹ al concluir que la música potencia el aprendizaje de información nueva, trabajando la memoria reciente.

Gregory¹⁰ mostró cómo la música favorece el mantenimiento de la Atención. Este autor mostró que los ancianos con deterioros cognoscitivos responden con mayor precisión sobre las citas musicales propuestas en las sesiones.

⁵ Riegler, Jennifer. 1980.

⁶ Pollack, Nancy J. y Namazi, Kevan H. 1992.

⁷ Brotons, Melissa y Marti, Patricia. 2003.

⁸ Ashida, Sato. 2000.

⁹ Moore, S. y Prickett, Carol A. 1991.

¹⁰ Gregory, Dianne. 2002.

En una revisión de 30 estudios clínicos empíricos realizada entre 1986 y 1996 sobre “Música y Demencias” y publicada por Melissa Mercadal-Brotons y Susan M. Koger¹¹, se concluye que las intervenciones musicoterapéuticas son una alternativa eficaz para tratar la E.A., ya que la música refuerza la memoria, la retención y evocación de información dando a los pacientes una mayor seguridad a la hora de relacionarse con el mundo que les rodea, a la vez que les mantiene en constante actividad, incluso en las fases más avanzadas del Alzheimer.

Takahasi y Matsushita¹² utilizaron indicadores fisiológicos (presión sanguínea y nivel de cortisol) antes y después de las sesiones de musicoterapia en pacientes en una fase moderada a grave de la demencia, durante un período de dos años y observaron cambios significativos entre antes y después de las sesiones, en las que los pacientes presentaban una mayor relajación tras la escucha musical, destacando también que estos cambios se mantuvieron a lo largo de los dos años.

Estos estudios arrojan resultados positivos sobre el uso de la música en el tratamiento de la E.A: en el área cognitiva, se aprecia una mejora en el lenguaje, memoria, atención y orientación espacio-temporal; en el área emocional y social se da una mejora en la interacción, comunicación y estado anímico; además de recuperación en el área motora y funcional. Incluso neurólogos de prestigio reconocido como Oliver Sacks¹³ defienden el uso de la musicoterapia en el tratamiento de trastornos neurológicos como el Parkinson y la E.A., esgrimiendo la capacidad de la música para organizar y reorganizar la función cerebral cuando esta se encuentra alterada.

En investigaciones sobre el cerebro realizadas por Weinberger¹⁴ se muestra que la música ayuda a mejorar el desarrollo cerebral, potenciando habilidades como la lectura y las matemáticas, además de aumentar la creatividad y favorecer el desarrollo social, el ajuste a la personalidad y la autoestima.

Tras observar estos estudios e investigaciones, podemos concluir que la música mejora varios aspectos de la vida del ser humano y la musicoterapia, como una aplicación de ésta ante una enfermedad, ayuda a los pacientes en su día a día y en el proceso de aceptación de su situación. Actualmente se están empezando a incluir programas musicoterapéuticos en algunos hospitales y la disciplina avanza e incluye innovaciones cada día en un proceso continuo para adecuarse a la sociedad actual.

¹¹ Brotons, Melissa y Koger, Susan. 1997.

¹² Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008.

¹³ Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008.

¹⁴ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

1.2. Objetivos

Este trabajo persigue unos objetivos generales centrados en la relación entre la musicoterapia y la E.A. que pueden resumirse en:

- Comprender la Enfermedad de Alzheimer.
- Conocer la psicología del Enfermo de Alzheimer.
- Percibir las posibilidades de la música a través de la musicoterapia.
- Definir las vías de acción de la musicoterapia para tratar los síntomas del Alzheimer.

Mediante la elaboración del presente trabajo, se pretende abordar cada uno de ellos en los diferentes puntos y lograr su superación, aportando ejemplos musicales y de actividades a usar en sesiones de intervención con enfermos de Alzheimer y consultando estudios y bibliografía que se adecue al tema.

1.3. Marco teórico

Las personas que presentan E.A., tienen una serie de síntomas diagnosticables que afectan a su forma de relacionarse con lo que les rodea y suponen una pérdida notable de su calidad de vida. En este trabajo nos centraremos en los síntomas más significativos, presentados por organismos reconocidos internacionalmente como son el DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), la *National Institute on Aging* y la *Alzheimer's Association*. Estos síntomas son la afasia, la apraxia, la agnosia, el deterioro de la capacidad de adquirir y recordar información nueva, y los cambios en la personalidad, conducta y comportamiento.

Según la *American Psychiatric Association*, la demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay un déficit de múltiples funciones corticales superiores que afectan en la actividad cotidiana del enfermo. Las demencias se han clasificado a su vez por Muñoz y Latorre¹⁵ en primarias y secundarias. Las demencias primarias son las que están en relación con una patología degenerativa del sistema nervioso central. Y las demencias secundarias son aquellas cuyo deterioro cognitivo constituye un síntoma más de una enfermedad adquirida, y normalmente de causa conocida, del sistema nervioso central.

¹⁵ Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008.

Como ya hemos visto, el Alzheimer es un tipo de demencia que se da en personas de edad avanzada y sus síntomas más destacados y que interesan en el presente trabajo se exponen a continuación:

La Afasia¹⁶, que supone la pérdida o trastorno a la hora de producir o comprender el lenguaje, y que puede manifestarse en todas las modalidades del mismo (oral, escrito y gestual). Siempre actúa salvo raras excepciones en las dos vertientes del lenguaje (escrito – expresivo).

Aparece una vez que el lenguaje ha sido adquirido y se produce por lesiones del sistema nervioso central que comprenden esas funciones. Esto supone un gran problema para el enfermo de Alzheimer a la hora de comunicarse y hacerse entender.

Hay diversas maneras de clasificar las afasias (ver tabla 4). Una de ellas es atendiendo a la localización de la lesión, aunque para ello hay que tener en cuenta que cuando se hacen estas descripciones se suponen lesiones completas de las áreas afectadas, y no siempre la lesión se encuentra perfectamente circunscrita y casi nunca es masiva.

1. Afasia de Broca	También denominada afasia verbal, afasia motora o eferente, afasia no fluida, afasia de expresión o afasia anterior. Surge por una lesión en el área de Broca. La lesión de este área junto con el lóbulo parietal, participa en la coordinación de los movimientos de los órganos fonoarticulatorios, da lugar a movimientos desorganizados (apraxia) que entorpecen la expresión oral.
2. Afasia de Wernicke	También conocida como afasia acústica, sensorial, receptiva o sintáctica. Es debida a la lesión del área de Wernicke. Por ser un área perceptiva, su lesión origina una agnosia referida a la información verbal, el sujeto oye pero no comprende las palabras. En esta afasia falla la identificación del sonido con los fonemas correspondientes y la asociación de los fonemas con su significado, es decir, falla la estructura básica de la propia lengua, el lenguaje interno, aprendido mediante la asociación sonido-fonema. El

¹⁶ Rodríguez, Santiago y Smith-Agrede, J.Mª. 1999.

	<p>resultado es una falta de comprensión verbal y la incapacidad para transformar los sonidos en un habla coherente; ésta también se acompaña de errores en la escritura similares a los del lenguaje verbal, así como alteraciones en la verbalización de la lectura y en la comprensión de lo escrito.</p>
3. Afasia Mixta o Global	<p>Es el resultado de un daño masivo de todos los centros del lenguaje, que determina la anulación prácticamente total de la expresión y una fuerte reducción de la comprensión verbal. Igualmente, la escritura suele quedar casi bloqueada, pudiéndose realizar, y no en todos los casos, ejercicios de copia y firma, por lo que algunos autores la definen como la “suma de las afasias de Broca y de Wernicke”.</p>

Tabla 4. Clasificación tradicional médica de la afasia^{iv}

Por otra parte, la Apraxia^{17 18} supone la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios a pesar de tener la capacidad física y el deseo de realizarlos. Es un trastorno neurológico que provoca una disociación entre la idea del paciente y la ejecución motora que sucede (ver tabla 5). Esto no implica que haya una pérdida sensorial o un trastorno de comprensión del lenguaje. Los mismos gestos que de forma voluntaria el sujeto no puede realizar, de forma automática los correctamente. Se produce por una lesión de áreas y vías de asociación motora, lo cual es muy importante porque algunas afectan directamente a los músculos del habla.

1. Apraxia Idiomotriz	<p>O apraxia de los gestos simples, se manifiesta por la imposibilidad del paciente para realizar un acto motor ordenado. Se afectan los gestos motores simples, que se realizan como respuesta a una orden verbal; el sujeto conserva el programa del acto motor (sabe lo que quiere hacer aunque no le salga).</p> <p>Producido por la interrupción entre la región</p>
-----------------------	---

¹⁷ Roger, Gil. 2002.

¹⁸ Love RJ, Webb WG. 1998.

	cortical del cerebro (se conservan los programas motores) y la corteza motora cerebral (que debe ejecutarlos). Las partes que más se deterioran son: músculos de la boca, las extremidades superiores y las inferiores y los músculos del tronco.
2. Apraxia Oral o Bucofacial	Trastorno ideomotor de los músculos orales que no afecta al habla, es decir, es una incapacidad para realizar movimientos voluntarios con un fin no lingüístico de los músculos de la laringe, boca, lengua y mejillas.
3. Apraxia del Habla	Disminución de la capacidad para realizar voluntariamente los movimientos adecuados para la articulación del habla.
4. Apraxia Ideatoria o Ideacional	Es la apraxia del acto motor aprendido complejo. Se afecta la planificación de los actos motores complejos y en ella el sujeto es incapaz de realizar un plan motor complejo de manera ordenada jerárquicamente. En este tipo de apraxia, se realizan los actos motores individuales pero no siguen una secuencia lógica (ej.: hacer la cama, vestirse), ocurre lo contrario que en la apraxia ideomotriz.

Tabla 5. Tipos de apraxia^v

El siguiente síntoma, la Agnosia¹⁹, es la alteración de la capacidad para reconocer personas, sensaciones u objetos que antes eran familiares para el paciente sin que los sistemas sensoriales hayan dejado de funcionar. El más común es la agnosia visual, cuando el paciente puede ver un objeto pero no logra reconocerlo ni describirlo (ver tabla 6). Se produce por una lesión cerebral en las áreas y vías de asociación sensorial cortical, las cuáles se encargan de reconocer todo lo que entra a través de los sentidos. También ocurre a nivel del tacto, lo que conlleva trastornos de la imagen

¹⁹ Peña-Casanova, J. 1994.

corporal y la propiocepción; y a nivel auditivo, en relación a sonidos determinados (lenguaje hablado, sonidos familiares o música).

<p>1. Visual</p>	<p>Incapacidad para reconocer objetos que son representados a través de la vista. Producido por una lesión cerebral que desconecta las áreas visuales de la corteza cerebral y las áreas del lenguaje.</p> <p>Tipos de Agnosia Visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbal, también denominada alexia, se encuentra alterado el reconocimiento de la escritura. - Prosopagnosia, no se reconoce la cara de las personas conocidas o la suya propia. - Acromatoxia, no reconoce los colores. - Visual espacial, no reconoce una parte concreta del campo visual. - Simultagnosia o Agnosia simultánea, dificultad para englobar simultáneamente todos los elementos que componen una escena (reconocerlos).
<p>2. Auditiva</p>	<p>Dificultad para reconocer e identificar sonidos, del habla u otros, presentando una agudeza auditiva normal. Se produce por una lesión localizada en las áreas de asociación auditiva de los lóbulos temporales de ambos hemisferios cerebrales.</p> <p>Tipos de Agnosia Auditiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbal auditiva, dificultad para reconocer los sonidos que no son del habla. - Verbal pura, dificultad para reconocer sonido del habla. El sujeto puede leer y copiar pero no al dictado. - Amusia, dificultad para reconocer melodías. - Prosodia o aprosodia, dificultad para reconocer

	<p>las entonaciones emocionales del lenguaje oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonoagnosia, no reconoce la voz de las personas conocidas.
3. Táctil o Astereognosia	Incapacidad para reconocer objetos a través del tacto sin ayuda de ningún otro canal (sentido de la vista).
4. Somatoagnosia	<p>El sujeto no reconoce, acepta o identifica las partes de su propio cuerpo.</p> <p>Tipos de Somatoagnosia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anosognosia, el sujeto niega, no reconoce una parte de su cuerpo que está alterada, la utiliza menos o la niega por completo. - Agnosia digital, el sujeto no reconoce los dedos.

Tabla 6. Clasificación de Agnosias (para cualquiera de los sentidos)^{vi}

La Memoria es el síntoma cuya afectación es mayor en el enfermo de Alzheimer, deteriorándose la capacidad de adquirir y recordar información nueva. Nuestra memoria codifica, almacena y recupera información constantemente, y, dependiendo de la fase en la que se encuentre la enfermedad, estas funciones se ven afectadas en mayor o menor medida. La pérdida de memoria sucede de manera progresiva y abarca desde el olvido de nombres, rostros o lugares a la pérdida de lenguaje, locomoción y conciencia. Los primeros síntomas van asociados a la disminución de la memoria reciente o inmediata, es decir, la que corresponde a hechos que se han producido recientemente. Aunque el paciente continúe razonando y comunicándose con los demás, tiene problemas para encontrar las palabras precisas.

L. Squire y S. Zolá-Morgan²⁰ realizan una clasificación de la memoria en: declarativa y semántica. En la memoria declarativa incluyen listas de palabras, y en la memoria semántica las representaciones semánticas y léxicas. Según Montañez²¹ la memoria declarativa está asociada al recuerdo de hechos y acontecimientos conscientes e intencionales, incluyendo rostros de personas o las últimas vacaciones, que son más fáciles de olvidar. En cambio, la memoria no declarativa, se basa en el efecto de repetición, lo que implica que su recuerdo perdura durante más tiempo, incluyendo aquí la habilidad de tocar un instrumento o la de montar en bicicleta.

²⁰ Alcaraz, R. Victor Manuel y Gumá, D. Emilio. 2001.

²¹ Villamizar Quintero, Martha Johanna. 2007.

Las personas con Alzheimer pueden presentar Cambios en la Personalidad, Conducta y Comportamiento que incluyen variaciones repentinas de humor, agitación, desmotivación a la hora de realizar cualquier actividad, apatía, pérdida de la iniciativa, aislamiento social, reducción de la empatía, conductas compulsivas u obsesivas y comportamientos sociales considerados inaceptables por el entorno. El avance gradual de la enfermedad y el deterioro cognitivo continuo puede llevar al paciente a una serie de sentimientos de frustración, dolor, angustia, rabia, depresión, etc. Además de ello, el Alzheimer produce un deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas y afecta al juicio, haciendo que los enfermos presenten un mal entendimiento de riesgos de seguridad, una capacidad empobrecida para tomar decisiones, y una incapacidad para planear actividades complejas.

1.4. Metodología y estructuración del trabajo

Tras introducir el tema en el estado de la cuestión y el marco teórico, indicando las características de la E.A. y los estudios generales que se han llevado a cabo sobre musicoterapia y Alzheimer, se pasará a ejemplificar el uso de las actividades musicales en la intervención, ofreciendo una visión general de cada una de las áreas afectadas por la enfermedad.: área física, área cognitiva, área comunicativa y área social.

Se comentarán estudios e investigaciones que apoyan el uso de la música (con unas características determinadas) en actividades orientadas al tratamiento de la demencia, incluyendo propuestas prácticas en cada una de ellas.

Y finalmente se extraerán una serie de conclusiones tras haber elaborado el presente trabajo.

Todo ello mediante la consulta de estudios, artículos y bibliografía adecuada al tema que se aborda, y contando con la experiencia práctica en una Asociación de Enfermos de Alzheimer de la ciudad de Valladolid.

1.5. Fuentes consultadas

El tipo de fuentes y bibliografía consultada para la elaboración de este trabajo es variado. Para las cuestiones puramente biológicas y de sintomatología de la enfermedad se han consultado publicaciones médicas de validez internacional reconocida. En cuanto a la psicología del enfermo de Alzheimer se han usado manuales de cuidador y guías de implantación propuestas por asociaciones y fundaciones dedicadas a la enfermedad

además de tesis doctorales de diferentes países y Universidades. También se han utilizado manuales de musicoterapia y libros específicos de la disciplina.

Aparecen artículos de publicaciones de Internet, libros consultados “en línea” y artículos de publicaciones como el *Journal of Music Therapy*, más específicas de la musicoterapia.

También se hacen uso de referencias y actividades propias, extraídas de la etapa de prácticas en empresa realizada en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Valladolid.

Asimismo, se han consultado otros materiales de apoyo como cancioneros, partituras de piezas musicales y ediciones discográficas para la aportación de piezas musicales concretas.

II. Intervención musicoterapéutica según las diferentes áreas afectadas

La musicoterapia utiliza diferentes técnicas para la intervención: experiencias de canto, tocar instrumentos musicales, el uso de la danza y el movimiento, juegos musicales, momentos de audición e incluso la composición y la improvisación. Los pacientes, al participar en cada una de ellas, hacen que se activen una serie de funciones cognitivas del área socio-emocional y físico-motriz.

Para ejemplificar el uso de esas actividades musicales, se van a estudiar las diferentes áreas a las que afecta la E.A., como son el área física, el área cognitiva, el área comunicativa y el área social.

Willems²² señala el paralelismo entre elementos estructurales de la música y aspectos de la vida de la persona, indicando que el elemento rítmico musical influye en el plano físico de la persona; la melodía influye en el ámbito afectivo; y el componente armónico influye en lo intelectual y en las relaciones. Willems concluye desde el ámbito de la psicología, que la audición es una de las actividades musicales más importantes puesto que en ella se unen las vertientes sensorial, afectiva y mental.

La musicoterapia puede utilizarse en cada una de las diferentes áreas afectadas en la E.A. de diferentes formas y adecuándose siempre a los objetivos que se persigan en cada actividad.

2.1. Área física

Como ya se ha especificado antes, la E.A. afecta a los movimientos del paciente, más concretamente el síntoma de la apraxia, imposibilita al enfermo el llevar a cabo movimientos que antes veía como cotidianos. La inseguridad que puede ocasionar esto, hace que el paciente limite sus movimientos y se muestre “pasivo” en cuanto a lo que le rodea. La musicoterapia puede servir para activar el movimiento y evitar la atrofia de músculos y articulaciones que permanecen inactivos.

En nuestro día a día el poder de activación física de la música queda patente, ya sea al mover el pie al compás de una canción que escuchamos en la radio, o al dar palmas con una canción que alguien nos canta, nuestro cuerpo reacciona de manera aparentemente inconsciente al ritmo de los sonidos que escuchamos. Pero tras estos movimientos, hay una serie de procesos cerebrales y fisiológicos que la música potencia.

²² Trobat Barrios, Carmen. 2012.

Tal y como indica Lipe²³, incluso en la fase más avanzada de la demencia, cuando el paciente pierde la capacidad de hablar o cantar, el enfermo suele seguir respondiendo rítmicamente a la música.

Algunos científicos, entre ellos Kate Gfeller²⁴ han estudiado los efectos que varios estilos o tempos tienen en funciones del cuerpo como el pulso, la respiración, tensión muscular y presión sanguínea, concluyendo que la música influye en las respuestas fisiológicas. Aún así, los investigadores han descubierto una variedad de respuestas ante diferentes estilos musicales, debido a que los seres humanos, en general, responden fisiológicamente de muchas maneras ante un mismo estímulo.

Dentro del área física de los pacientes, podemos hablar de actividades dirigidas hacia la motricidad, la sincronización, la activación y la relajación.

2.1.1. Motricidad y sincronización

A la hora de tratar los síntomas que reducen el movimiento y la falta de movilidad en los pacientes con E.A. la música se posiciona como un referente muy importante.

Blasco, Fortuny y Martínez²⁵ investigaron cómo influía el ritmo musical a la hora de servir de estimulación para hacer ejercicios de rehabilitación motriz, concluyendo que el ritmo influye, en diferentes edades, sirviendo de herramienta y como motivación para organizar el movimiento y justificarlo.

Pero la teoría más importante y conocida en el ámbito de la motricidad y la sincronización, es la que presentó Michael Thaut²⁶. Esta teoría se conoce como teoría auditivo-motriz, e indica las maneras en las que se cree que una señal rítmica puede facilitar el control muscular de patrones de movimiento:

1.	Influenciar la prontitud y “el estar alerta” (llamado potenciación) del sistema nervioso, el cual a la vez controla el movimiento físico.
2.	Ayudar al movimiento automático ofreciendo una señal para estar alerta.

Tabla 7. Teoría Auditivo-Motriz^{vii}

²³ Lipe, A. 1995.

²⁴ Gfeller, Kate E. 2000.

²⁵ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

²⁶ Gfeller, Kate E. 2000.

Además de esta “prontitud motriz”, la música influye en factores psicofisiológicos que afectan a la actuación motora en factores como el de la fatiga, dando como resultado, que actividades que consideramos pesadas o cansadas, como hacer ejercicio, nos resulten más llevaderas si las realizamos escuchando música.

Cuando el sonido se organiza en patrones rítmicos repetitivos, las neuronas motoras de la columna vertebral informan al sistema motor para que empiece a estimular las neuronas motoras y active los patrones musculares en una estructura temporal predecible. Así es como se crea un efecto fisiológico de sincronización auditivo-motriz o lo que es lo mismo, así es como el sistema motor tiende a sincronizar el movimiento a la estructura temporal del sonido rítmico. Esto es posible porque nuestro sistema auditivo predice lo que ocurre a nivel sonoro y cuando escucha dos o tres pulsiones rítmicas seguidas, en forma de un patrón repetido, predice lo que ocurrirá después, coordinándose nuestros cuerpos con la música²⁷.

Así pues, la música que se suele utilizar para realizar actividades de motricidad y sincronización, tiene un ritmo o pulso marcado y constante, repetitivo, que incita al movimiento. Algunas audiciones que podemos utilizar de ejemplo, de varios estilos musicales:

- *Lucille* de Little Richard.
- *Mess Around* de Ray Charles.
- *Irish Jig* de Gwendal.
- *Resistiré* del Dúo Dinámico.

Lo habitual es que durante la audición de las canciones, el musicoterapeuta proponga una serie de movimientos a los pacientes, según el nivel de deterioro motriz que presenten, que pueden ser: abrir y cerrar los puños; llevar el ritmo dando golpes en la mesa; mover la cabeza y los hombros; dar palmas; subir y bajar las piernas estiradas; girar los tobillos, etc. Todo ello teniendo presente en todo momento el ritmo que presente la música y dando consignas claras y ordenadas. Es recomendable también que el musicoterapeuta ejemplifique cada uno de los ejercicios propuestos.

²⁷ Blasco, S. 1999.

2.1.2. Activación

Muchos de los pacientes de Alzheimer se muestran apáticos y en un estado de inactividad. Para paliar esto, se puede utilizar la musicoterapia enfocada a la remotivación o activación del individuo. Este campo de actuación se basa en estimular el pensamiento y la interacción verbal para mejorar las habilidades sociales.

Este tipo de actividades son más eficaces llevadas a la práctica en pequeños grupos, con sesiones cortas y bien estructuradas. La música en este caso, se puede utilizar para introducir un tema, ambientar la sesión o crear un estado de ánimo concreto²⁸.

Por otra parte, la música se puede utilizar para aumentar el rendimiento en otras actividades motrices o intelectuales, ya sea usándola como música de fondo, o bien con actividades específicas musicales. Esto fue estudiado por Smith y Morris²⁹, que emplearon varios estilos musicales para concluir que una música “sedante” producía un mayor rendimiento que una música “estimulante”; y Hilliard y Tolin³⁰ estudiaron el efecto de la familiaridad de la música de fondo, para decir que si esta música es familiar, produce un mayor rendimiento en las tareas de comprensión lectora.

Por ejemplo, se puede realizar una actividad temática orientada hacia un tema concreto, como la Feria de Abril^{viii}, e introducirlo mediante la audición de sevillanas, preguntando sobre la letra si está relacionada con el tema y dejando que los pacientes hablen de si alguna vez han visitado Sevilla, explicar en qué consiste esa fiesta, poner videos con música propia de ella, etc. Por ejemplo:

- Sevillanas
 - *Cruzar el río*
 - *Cuando llega la feria*
 - *Pasa la vida*

2.1.3. Relajación

Los pacientes de Alzheimer se pueden mostrar en algunas ocasiones agresivos, desorientados, alterados o deprimidos. En esos casos, y también al finalizar las intervenciones de musicoterapia, se puede incluir una relajación acompañada de música para mejorar su estado de ánimo, centrarles y calmarles.

²⁸ B. Davis, William. 2000: 143.

²⁹ Smith, C. A., Morris, L. W. 1977.

³⁰ Hilliard, M., Tolin, P. 1979.

Es evidente que la música tiene importancia en el control de la ansiedad y el estrés, al fin y al cabo, la escuchamos constantemente, ya sea en los eventos deportivos, en las oficinas o en los centros de ocio y consumo, etc. y aunque no nos demos cuenta, influye en nuestro estado de ánimo.

Las músicas que se utilizan en las actividades de relajación deben tener una serie de características que se han estudiado por diversos autores:

En un ámbito general, Thayer Gaston³¹ estableció que si los sonidos son suaves y se prescinde del ritmo, el movimiento físico se reduce y se llega a un estado propicio para la fantasía estética. Esto posibilita por ejemplo, la realización de una relajación guiada por el musicoterapeuta, narrando una historia sobre la base musical.

Davis y Thaut³² utilizando el STAI^{ix} y medidas fisiológicas tales como la tensión muscular y la presión sanguínea, hallaron un efecto significativo de disminución de la ansiedad tras escuchar música, a pesar de que cada sujeto respondía de forma particular.

En la relajación³³ se experimenta una reducción de la tensión muscular, al mismo tiempo que la respiración se va volviendo más profunda y uniforme. Esto hace que se reduzca la presión sobre las terminaciones nerviosas y se reestablezca un abastecimiento constante de oxígeno al tejido muscular. Para que una música permita esto, debe presentar una pulsación constante y lenta, porque puede promover una respiración constante y profunda. La música que evoque imágenes vívidas también puede guiar los pensamientos hacia escenas agradables como un prado sereno o una playa al atardecer.

La música propicia para la relajación pues, debe ser lenta, constante, evocadora, de sonidos suaves y ritmo no muy marcado. La experiencia en el centro de Enfermos de Alzheimer en el que se realizó la fase de prácticas de grado, sugiere además que la música puramente instrumental es más adecuada a la hora de realizar relajaciones de solo escucha. Si se pretende evocar lugares u otras épocas, el texto puede ayudar a ello. Algunos ejemplos que se pueden utilizar son:

- *The mystics dream* de Lorena McKennitt.
- *La Valse d'Amelie* de la BSO de la película *Amelie*.
- *Comptine d'un autre été. L'après midi* de la BSO de la película *Amelie*.
- Tejedor – *Añada Pa Gael*

³¹ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

³² Davis, W.B, Thaut, M. 1989.

³³ Gfeller, Kate E. 2000.

En este tipo de actividades, el musicoterapeuta debe dirigir a los pacientes, ya sea guiando la respiración (inspiraciones y espiraciones lentas y calmadas) o bien, como se ha mencionado anteriormente, narrando una historia para ambientar la actividad relacionada con la música.

2.2. Área cognitiva

La cognición está íntimamente relacionada con la percepción. Cada uno de los sentidos que posee el ser humano (vista, oído, gusto, olfato y tacto) además del equilibrio y el sentido del dolor, participan activamente a la hora de obtener información de nuestro entorno, pero con el paso de los años, van perdiendo eficacia de manera progresiva. Los pacientes que presentan deficiencias serias en las áreas sensoriales, como pueden ser los enfermos de Alzheimer al presentar agnosia, son un caso a tener en cuenta en el uso de la musicoterapia.

Con ellos, se buscan actividades sencillas y estructuradas para estimular cada uno de los sentidos, restaurando así el contacto con el entorno. En pacientes que presentan una atención reducida, deficiencias en la coordinación motora y habilidades comunicativas mínimas, se busca mejorar la conciencia de grupo y la interacción social, además de las habilidades motrices. Las actividades musicales llevadas a cabo con estos pacientes deben ser sencillas, concretas, cortas y estructuradas. Normalmente se utilizan actividades pasivas en las que se puede ofrecer una respuesta verbal o física escasa, como escuchar música³⁴.

Un estudio propuesto por Joan Deus³⁵ expone que mediante la audición de canciones propias de la época de la edad del paciente y la potenciación de actividades auditivas, rítmicas y de coordinación se ayuda a mejorar la agnosia auditiva, la memoria y el lenguaje expresivo, así como a disminuir las alteraciones de conducta y los síntomas de alteración afectiva.

En esta área, nos centraremos en la música como técnica para mejorar la memoria y las reminiscencias, la atención y la audición mediante actividades de reconocimiento sonoro.

³⁴ B. Davis, William. 2000.

³⁵ Villamizar Quintero, Martha Johanna. 2007.

2.2.1. Memoria y reminiscencias, conectando con la emoción

Uno de los campos más estudiados de la musicoterapia en relación con la E.A. es el de la memoria y la capacidad de la música de evocar recuerdos y reminiscencias del pasado del paciente, lo que le lleva a conectar con las emociones que se buscan en cada una de las sesiones de intervención. Como ya se ha mencionado, la música es una herramienta única para revivir el pasado del paciente y mejorar su calidad de vida, ya que tiene un gran poder para evocar recuerdos y asociaciones.

Cabe destacar que, mientras el lenguaje se va deteriorando, algunas habilidades musicales se conservan, tal y como indican Swartz (et al.)³⁶. Por ejemplo la capacidad de interpretar piezas musicales aprendidas en el pasado a pesar de haber olvidado el título de la obra o el nombre del compositor, o los pacientes que son capaces de seguir tocando un instrumento musical en un conjunto instrumental.

Autores como Crystal, Grober y Masur³⁷ o Khachaturian y Radebaugh³⁸ han concluido que esto es así debido a que la capacidad de interpretar composiciones musicales aprendidas antes del inicio de la enfermedad, representa un tipo especial de memoria de procedimiento que se almacena en un área del cerebro (el *neostriatum*) que se mantiene hasta las últimas fases de cierto tipo de demencias. Esta zona del cerebro es diferente a la que procesa los mecanismos del lenguaje, y es que la música se apoya menos en los aspectos semánticos y más en los prosódicos, ofreciendo así recursos especiales para acceder a recuerdos o información almacenada.

La memoria musical es un subsistema de nuestra memoria a corto plazo que retiene la información musical o relacionada con música. Varios autores han investigado sobre cómo nuestro cerebro lleva a cabo la retención de esta información, aunque la línea más importante corresponde a la llevada a cabo por Diana Deutsch³⁹, que ha realizado experimentos que han servido para sentar las bases del conocimiento actual en relación a la memoria para/con los estímulos musicales.

Para Craik y Lockhart⁴⁰ sostienen que cuanto mayor sea el nivel de idealización o profundidad del procesamiento de la información, ésta durará más en la memoria.

En cuanto a la música y las emociones, hay dos puntos de vista para aproximarse a cómo el hecho sonoro actúa sobre ellas: el referencialista y el expresionista⁴¹. En el

³⁶ Swartz K. (et al.) 1989.

³⁷ Crystal H, Grober E, Masur D. 1989.

³⁸ Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008.

³⁹ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

⁴⁰ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

punto de vista referencialista, la música toma significado a partir de conexiones que el que escucha hace entre la propia música y algún objeto o acontecimiento no musical. A la imitación de acontecimientos u objetos no musicales se le llama iconicidad. La asociación por contigüidad es otra manera a través de la cual la música se puede referir a objetos o acontecimientos en la vida. Con el tiempo, la música por sí sola puede evocar los mismos tipos de sentimientos que ocurrieron mientras el acontecimiento estaba sucediendo.

El punto de vista expresionista, por otra parte, cuestiona que el hecho de que el significado verdadero de la música se base en referencias extramusicales, y señala que éste emerge de las cualidades estructurales de la propia música, que el significado emocional de la música se encuentra en la propia música.

Para plantear una intervención musicoterapéutica práctica relacionada con la memoria y que logre evocar recuerdos y emociones en el paciente, es necesario realizar una anamnesis musical^x previa. En este tipo de actividades se utilizan músicas significativas para el enfermo o para el grupo, ya sean canciones infantiles que escucharon de niños, canciones populares o tradicionales de su lugar de origen o las más escuchadas en su época de juventud y madurez.

Algunos ejemplos pueden ser:

- La tarara
- Ahora que vamos despacio
- Al corro de la pata
- Al pasar la barca
- Debajo un botón
- ¿Dónde están las llaves?
- El patio de mi casa
- Cucú cantaba la rana
- Mambrú se fue a la guerra
- Que llueva, que llueva
- Tengo, tengo, tengo
- Tengo una vaca lechera

⁴¹ Gfeller, Kate E. 2000.

O, como ya se ha mencionado, canciones tradicionales de diferentes zonas de España o canciones del ciclo de vida: jotas, canciones de trabajo, romances, canciones de cuna, de boda, etc.

2.2.2. Atención

Los enfermos de Alzheimer suelen presentar desordenes de atención, presentando una actitud dispersa ante las actividad y una propensión a cansarse rápidamente ante algo que no despierte su interés.

La orientación a la realidad se puede utilizar como un método para captar y mantener la atención de los pacientes. Mediante ella, se busca que los ancianos que estén desorientados o confusos, tomen una mayor conciencia de sí mismos, se sientan más independientes y menos alterados. Las orientaciones a la realidad que incluyen música tienen como efecto una mejora de las funciones cognitivas de los pacientes, logrando que recuerden nombres, días de la semana y lugar de residencia, como demostró Riegler⁴² en una comparación con otro programa de orientación en el que no se usaba música.

El cuerpo humano solo puede prestar atención a un estímulo a la vez. Nuestra atención “salta” de unas cosas a otras, lo que supone que no podemos escuchar todo a la vez. Por ello, la música que busca atraer la atención, ha de ser variada, imprevisible, rítmica y vivaz, con silencios repentinos, cambios de tempo y de intensidad. En general, la música como estímulo auditivo y táctil puede controlar la atención y promover el aprendizaje. Esto es así si el estímulo sonoro se percibe como bello, nuevo o interesante, lo que hará más probable que capte nuestra atención.⁴³

Crickmore⁴⁴ identifica como elementos destacados de respuesta a la música un interés continuado, un deseo de silencio, relajación y la presencia o ausencia de imágenes mentales. Esto indica que cuando un paciente escucha una canción, presta atención a la misma, dejando de lado los demás estímulos externos.

Es interesante cómo algunos individuos con trastornos cerebrales o dificultad para interactuar con el entorno, han demostrado estados de alerta, como parpadear, sonreír o llorar, como respuesta a estímulos musicales atractivos o familiares.⁴⁵

⁴² B. Davis, William. 2000.

⁴³ Gfeller, Kate E. 2000.

⁴⁴ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

⁴⁵ Gfeller, Kate E. 2000.

Algunos ejemplos de músicas que pueden captar la atención de los enfermos por poseer las características mencionadas anteriormente pueden ser:

- *Carnaval de los animales* de Saint-Saëns
- *Habanera* de Bizet
- *Hungarian Dance No.5* de Johannes Brahms
- *Consagración de la primavera* de Stravinski.

2.2.3. Reconocimiento auditivo

Una parte indispensable del tratamiento musicoterapéutico es el de la utilización de audiciones para que el paciente rememore vivencias y emociones pasadas. Las actividades basadas en el reconocimiento auditivo además de trabajar la memoria y la atención, promueven emociones e intercambio social entre el paciente, sus compañeros y el musicoterapeuta.

Un estudio llevado a cabo por autores como Capurso, Kerr o Rigg⁴⁶, investiga sobre el efecto emocional inmediato de la música, buscando relaciones entre preferencia musical y personalidad. Rigg intentó analizar características de frases musicales que producían emociones específicas. Kerr se centró en los efectos psicológicos generales de la música y Capurso llegó a siete categorías emocionales que produce la música:

- 1- Alegría, euforia, júbilo.
- 2- Tranquilizador.
- 3- Inquietud, desasosiego.
- 4- Nostalgia, meditación.
- 5- Reverencia, ruego, súplica.
- 6- Tristeza, melancolía.
- 7- Misterio, fantasía, espanto.

Abeles⁴⁷, por otra parte, dice que hay tres niveles distintos que varían según se interioricen por el oyente: respuestas de tipo emocional, de gusto musical y de preferencias.

Radocy y Boyle⁴⁸ coincide con Abeles en que en la preferencia musical influyen el sexo, los conocimientos musicales, las aptitudes, la raza, etc. pero no hay estudios documentales para establecer ninguna relación. Aunque si que existen estudios que han

⁴⁶ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

⁴⁷ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

⁴⁸ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

investigado los efectos del entrenamiento en la preferencia musical demostrando un efecto positivo pero débil. Por ejemplo, Duerksen⁴⁹ concluyó que la relación del reconocimiento tonal en una música compleja está relacionado de una forma débil con la preferencia; y Hargreaves⁵⁰ opina que un entrenamiento específico puede influir en las preferencias, pero que no conviene hacer generalizaciones sobre los resultados de esos estudios porque utilizan métodos muy amplios.

Se puede proponer una actividad de reconocimiento auditivo basada en instrumentos musicales, indicando a los pacientes que identifiquen el instrumento que interpreta cada pieza. Por ejemplo:

- Guitarra: *Paco de Lucía – Entre dos aguas.*
- Violín: *Paganinni – Capricho No.24*
- Piano: *Turina – Sacromonte.*
- Piano: *Beethoven – claro de luna*

O bien, si nos basamos en las teorías propuestas, se puede plantear una actividad de reconocimiento de emociones en la música, por ejemplo, indicando qué emociones les sugiere cada pieza (tranquilidad, alegría, tristeza, etc.) Algunas músicas que se podrían utilizar en este caso pueden ser:

- *La cabalgata de las Valquirias* de Wagner.
- *El gato que está triste y azul* de Roberto Carlos.

2.3. Área comunicativa

La música, como ya hemos mencionado, es un medio de comunicación, un agente socializador que hace que las personas “conecten” de algún modo y expresen emociones y sentimientos. Las propias letras de las canciones implican comunicación del creador con los oyentes. La música juega un papel importante en la sociedad, ya que es el medio a través del cual se pueden expresar ideas y emociones que no se pueden comunicar fácilmente a través del discurso ordinario. Además crea y define identidades, un sentimiento de pertenencia a un grupo, además de posibilitar la oportunidad de aprender aspectos relacionados con la cultura.

⁴⁹ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

⁵⁰ Trobat Barrios, Carmen. 2012.

La música como forma de comunicación es capaz de transmitir mensajes emocionales no verbales, influir o reflejar el estado de ánimo del oyente, y se puede utilizar para intensificar, alterar o ampliar significados (textuales o visuales)⁵¹

En el ámbito terapéutico, la estimulación auditiva y táctil de la música puede ser una herramienta muy valiosa para buscar respuestas de pacientes que no son capaces de responder a través del lenguaje verbal⁵².

2.3.1. Lenguaje oral

El lenguaje verbal, además del escrito, presenta deficiencias en los pacientes de Alzheimer, ya que en algunos casos presentan afasia. La música puede servir para mejorar esta habilidad con actividades como: parar una canción y permitir al paciente que continúe cantando; rellenar huecos de canciones; realizar preguntas sobre la audición que acaban de escuchar; o realizar actividades musicales sobre un campo semántico.

Un ejemplo de esta última actividad, podría ser el campo semántico “fruta”, realizando la escucha de canciones como:

- *Mi limón, mi limonero* – Henry Stephen
- *Corazón de Melón* – Hermanas Benítez
- *A la lima y al limón* – Concha Piquer

2.4. Área social

Nuestra sociedad idealiza la juventud, dejando de lado muchas veces la sabiduría y conocimientos que pueden proporcionar los miembros de mayor edad de la población. Esto hace que muchas veces los ancianos sean dejados de lado en cierta forma, y se cree un sentimiento de aislamiento y rechazo. La música puede servir como vínculo intergeneracional, para crear vínculos entre unos y otros y un ambiente distendido en los centros. Muchas de las actividades musicales se realizan en grupo, lo que promueve un contacto social de primer orden.

Investigaciones como la llevada a cabo por Blood y Ferris⁵³, arrojan resultados interesantes: un modo mayor en la música causa mayor satisfacción en la comunicación entre grupos, a la vez que aumenta la productividad.

⁵¹ Gfeller, Kate E. 2000.

⁵² Gfeller, Kate E. 2000.

⁵³ Davis, William B. 2000.

Las técnicas de tocar instrumentos musicales y las de danza/movimiento son el tipo de actividad preferida de las personas con demencia, ya que su participación en este tipo de técnicas es mayor, incluso en las fases más avanzadas de la enfermedad.

2.4.1. Baile

Una de las actividades predilectas de las personas mayores, en la medida en la que su estado físico lo permita, es el baile. Bailando se trabajan varias de las áreas afectadas por la E.A.: el movimiento, la memoria, la activación y la interacción social. El baile, como música de entretenimiento no necesita tener un valor duradero como objeto de arte, sino que más bien ayuda a la gente a pasárselo bien o a olvidarse de las preocupaciones de cada día⁵⁴.

El doctor Candela Ardid⁵⁵ decía que “un motivo musical de alegre colorido y brillantez invita, por regla general, a la danza. Una marcha guerrera y triunfal nos invita a la lucha. Una dulcísima y nostálgica melodía nos eleva al ensueño”.

Para llevar a cabo una actividad productiva de baile con un grupo de personas con Alzheimer, basta con seleccionar una músicaailable adecuada a la edad de los pacientes, elegir un espacio amplio e improvisar una pista de baile por parejas, realizando intercambio de la misma cada cierto tiempo.

Algunas músicas adecuadas pueden ser:

- Pasodoble – *En er mundo*
- Pasodoble - *Suspiros de España*
- La Macarena – Hermanos del Río
- Pasodoble – *Amparito Roca*
- Tango – *Volver* Carlos Gardel
- Antonio Machín – *El Manisero*

También se pueden realizar actividades sencillas de baile en las que el musicoterapeuta de consignas sobre los movimientos a realizar mientras suena la música (por ejemplo, levantar los brazos, dar una vuelta, dar la mano al compañero/a, etc.) o que previamente haya enseñado una pasos sencillos y al ritmo de la música para realizar después con el acompañamiento de la pieza musical.

⁵⁴ Gfeller, Kate E. 2000.

⁵⁵ Trobat Barrios, Carmen. 2012: 155.

2.4.2. Taller de construcción de instrumentos

Otra actividad que requiere de interacción social y que trabaja además las habilidad motriz fina es la de realizar un taller de construcción de instrumentos. Se pretende que el trabajo se distribuya en pequeños grupos de 2-3 personas para que interactúen entre ellos y colaboren a la hora de la construcción, en este caso, de unas maracas.

Taller de construcción de maracas

- Materiales:

- Botellas de agua pequeñas vacías
- Embudo (un folio de papel enrollado sirve)
- Arroz
- Lentejas
- Globos para la decoración

Se llenan las botellas mediante el embudo con una mezcla de arroz y lentejas (más o menos un cuarto de la botella) Se coloca el tapón y se cierra bien. Luego se recorta la boquilla y la parte inferior de cada globo y se coloca alrededor de la botella, estirándolo, a modo de decoración.

Este tipo de talleres potencian además la creatividad de los pacientes y sirven para crear recursos materiales que pueden utilizarse en sesiones posteriores.

2.4.3. Canto colectivo

Al igual que con el baile, la actividad de coro o canto colectivo, impulsa a los pacientes de Alzheimer a participar en una actividad conjunta, a implicarse emocionalmente y a trabajar la reminiscencia con canciones que escucharon en su época de juventud o madurez.

Melissa Brotons indica, refiriéndose al canto que:

A pesar de las dificultades manifestadas en la memoria reciente/inmediata y otras funciones cognitivas como el lenguaje, las personas con demencia mantienen la capacidad de cantar hasta fases avanzadas de la enfermedad. Y aquellas personas en fases leves y moderadas, incluso aprenden material nuevo presentado en un contexto musical, utilizándose así la música como apunte auditivo⁵⁶

⁵⁶ Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008:43.

También Sherrat, Thornton y Hatton⁵⁷ han demostrado que las personas mayores con un diagnóstico de demencia continúan participando en actividades musicales estructuradas incluso en las fases más avanzadas de la enfermedad, en las que se suele dar además apatía, y también que estas personas responden mejor a experiencias musicales que implican música en vivo que música grabada.

El canto colectivo o coro, potencia el sentimiento de pertenencia a un grupo, anima a los pacientes y activa las reminiscencias en el caso de si las canciones escogidas para cantar son de la época de la edad de los pacientes. Se trabaja la memoria remota al acordarse de los títulos y las letras de las canciones y la memoria reciente si se pregunta por una canción que ya se ha cantado o si se repite alguna a lo largo de la actividad. Además de focalizar la atención en la actividad y la lectura (al leer las letras si se proporciona un cancionero) y el lenguaje.

Normalmente el musicoterapeuta realiza las funciones de director e indica la canción que se va a cantar a continuación, da el tono y procura que todos participen. Se suelen cantar canciones adecuadas a la media de edad del grupo o canciones populares y tradicionales que suele conocer la mayoría de pacientes, como por ejemplo:

- La Verbena de la Paloma – *Dónde vas con mantón de Manila*
- Joselito – *Doce cascabeles*
- Marisol – *Estando contigo*
- Asturias
- Desde Santurce a Bilbao
- Quisiera ser tan alta
- Las Leandras – *Pichi*
- Nino Bravo – *Un beso y una flor*
- Manolo Escobar – *Mi carro*
- Marisol – *Tómbola*
- Camilo Sesto – *Vivir así es morir de amor*
- Antonio Machín – *Dos gardenias*

⁵⁷ Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008.

III. Conclusiones

A modo de conclusiones de este trabajo se van a sentar las bases del tratamiento musicoterapéutico con pacientes con demencias, y con E.A.

Es muy importante utilizar músicas que sean significativas para el paciente. De nada sirve si se trabaja con una canción completamente ajena a la vida, edad, entorno social y cultural del enfermo, no se obtendrá ningún resultado significativo. Por ello es vital realizar una anamnesis musical previa a cualquier tratamiento, ya sea individual o colectivo en vistas a programar las sesiones y actividades y seleccionar la música más adecuada para lograr los objetivos que se persigan.

Otro punto importante a la hora de planificar una sesión de intervención, es redactar unos objetivos previos para luego poder evaluar si la actividad se ha llevado a cabo de forma adecuada. Dependiendo de esos objetivos, se elegirá una música u otra, o una forma de intervención diferente (instrumental, vocal...) Hay que tener en cuenta también que el enfoque es diferente si se trata de una sesión individual de tratamiento a si se trata de una sesión grupal. La actitud que debe adoptar el musicoterapeuta varía, y los objetivos, el planteamiento y la evaluación también cambiarán. En ambos casos el musicoterapeuta debe mostrarse abierto, relajado, con las actividades bien preparadas y pensadas, manejando la situación y atento ante los imprevistos que puedan surgir.

Es importante que las sesiones de musicoterapia sigan una misma rutina, puesto que los pacientes asimilarán mejor los contenidos y se evitará que se alteren excesivamente. Lo más normal es comenzar con una actividad de activación o animación que motive a los usuarios y se continúa con actividades lo más variadas posibles y que trabajen todos los ámbitos (físicos, cognitivo, social y comunicativo) del enfermo a través de actividades corporales, instrumentales, vocales, auditivas, etc. Para finalizar la sesión se puede terminar con una relajación para volver a centrar la atención de los pacientes e inducirles un estado de ánimo calmado y sereno.

Como se ha visto a lo largo del trabajo, el Alzheimer es una enfermedad degenerativa, con lo que existen varios niveles de afectación en los pacientes (de moderado a muy grave) que además irá variando a lo largo del tiempo. Hay que valorar la situación en la que se encuentra cada uno para adoptar una actitud correcta en cada situación, además de tomarlo en consideración para organizar y programar cada sesión de intervención.

En este trabajo, las áreas física, cognitiva, comunicativa y social se estudian de forma separada por razones de orden y claridad expositiva. Sin embargo, los seres humanos son globales, no poseen áreas separadas, sino que cada una de ellas interactúa con las demás. Con cada actividad musical, se trabajan varias a la vez, lo que potencia el trabajo holístico del individuo como ser global.

Otro punto a tener en cuenta, es la formación del musicoterapeuta. Debe ser un profesional con conocimientos y habilidades musicales; ser capaz de tocar instrumentos; de cantar; utilizar su cuerpo a la hora de bailar, realizar percusión corporal, expresión, etc.; poseer un amplio repertorio de canciones de diferentes estilos y épocas; ser capaz de realizar trabajo de campo y de investigación para programar actividades que se adecuen a los pacientes. Debe poseer también competencias de psicología y medicina, en cuanto a que se deben conocer los síntomas y emociones que experimenta el enfermo y ser capaz de buscar las vías para mejorarlos. Sus habilidades comunicativas y de liderazgo deben ser elevadas, puesto que se enfrenta a grupos de personas que pueden resultar imprevisibles y cuya atención se debe captar y mantener, además de ser claro a la hora de explicar los ejercicios y actividades a realizar para evitar el mal funcionamiento de las sesiones. También debe conocer temas de geriatría (en el caso que nos ocupa), cómo funciona el cuerpo en el envejecimiento y los problemas que pueden presentarse, ya que durante el desarrollo de las intervenciones, se pueden presentar incidencias propias de la edad de los pacientes. Asimismo, hay que tener en cuenta que las personas con demencia suelen encontrarse en residencias o centros de día donde trabajan otros profesionales (auxiliares, técnicos...) y que es necesario un trabajo interdisciplinar entre unos y otros, por lo que el musicoterapeuta debe ser capaz de mantener buenas relaciones con todos ellos, sin que ello interfiera en su labor.

A nivel personal, este trabajo me ha servido para adquirir conocimientos en escritura académica, lectura crítica y desarrollo ordenado de un tema, además de aprender a discernir qué información era relevante y cual accesoria. Las competencias adquiridas en el Grado en Historia y Ciencias de la Música se han utilizado, tanto en la redacción de este trabajo como en el ámbito de las prácticas en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Han sido de gran interés los conocimientos adquiridos en relación con las asignaturas de Música Popular Urbana, y Etnomusicología, puesto que hubo que realizar trabajo de campo e investigación para los tratamientos individuales realizados con los pacientes de Alzheimer: labores de anamnesis musical para determinar qué tipo de música prefiere cada uno de ellos, para

averiguar qué músicas son propias de su municipio de origen, qué músicas les motivan a la hora de animarse o bailar, cuáles escucharon durante su edad adulta, etc. También las competencias desarrolladas en la asignatura Fundamentos de Musicoterapia, en las que se estudiaron aspectos teóricos que sirvieron de base para los temas del trabajo, y actividades prácticas que luego se aplicaron a la hora de programar las sesiones prácticas realizadas en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. En el ámbito de las sesiones grupales, la asignatura de formación e interpretación vocal resultó de gran utilidad a la hora de dirigir las actividades de canto colectivo. Y las competencias desarrolladas con las exposiciones orales se utilizaron para realizar exposiciones claras de las actividades que se pretendían realizar con los usuarios del centro.

IV. Bibliografía

Alcaraz R., Víctor Manuel y Gumá D., Emilio. 2001. *Texto de neurociencias: La memoria humana*. México: Manual Moderno.

Aldridge, David. 2000. *Music Therapy in Dementia Care*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.

Andrés Terán, Ana Luz (dir.) 2011. *Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Danza Creativa Terapéutica*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

B. Davis, William, Gfeller, Kate E. y Michael H. Thaut. 2000. *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona: Editorial de Música Boileau, S.A.

Betés de Toro, Mariano. 2000. *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Ediciones Morata.

Blasco, S 1999. *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.

Cámara de Landa, Enrique. “Materiales para el estudio de las relaciones entre musicoterapia y etnomusicología”. Cap. 3 en *Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama*. Salamanca: Amarú Ediciones, 2011. 55- 83.

Campbell, D. 1998. *El efecto Mozart*. Barcelona: Urano.

Davis, William B. “Musicoterapia y Geriatría”. Cap. 6 en *Introducción a la Musicoterapia*. Barcelona: Editorial de Música Boileau, S. A., 2000. 121-153.

Gfeller, Kate E. “La música: un fenómeno humano y un medio terapéutico”. Cap. 3 en *Introducción a la Musicoterapia*. Barcelona: Editorial de Música Boileau, S. A., 2000. 36-61.

Gramunt Fombuena, Nina. 2010. *Memoria y otros retos cotidianos. Vive el envejecimiento activo*. Barcelona: Obra Social Fundación “la Caixa”.

Jauset Berrocal, Jordi A. 2009. *Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Barcelona: Editorial UOC.

Leivinson, Cora. *Musicoterapia en el ámbito geriátrico*.

<http://es.scribd.com/doc/105177095/Musicoterapia-en-el-ambito-Geriatico-sololectura>

López-Ibor Aliño, Juan José. 2010. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, D.L.

Love, R .J. y Webb, W. G. 1998. *Neurología para los especialistas del habla y el lenguaje*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Mateos Hernández, Luis Alberto. 2011. *Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Mercadal-Brotons, Melissa y Martí Augé, Patricia. 2008. *Manual de Musicoterapia en Geriatría y Demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma Ediciones.

Mínguez Martín, Luis (coord.) González Pablos, Emilio (et al.) 2001. *Alzheimer. Familiares y Cuidadores*. Valladolid: Caja España de Inversores, Caja de Ahorros y Monte de Piedad.

Peña-Casanova, J. 1994. *Manual de logopedia*. 2ª Edición. Barcelona: Masson.

Rodríguez, Santiago y Smith-Agreda, J.Mª. 1999. *Anatomía de los órganos del lenguaje, visión y audición*. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.

Roger, Gil. 2002. *Manual de neuropsicología*. Barcelona: Editorial Masson.

Trobat Barrios, Carmen. 2012. *Musicoterapia y Alzheimer*. Barcelona: Instituto Superior de Estudios Psicológicos ISEP.

Villamizar Quintero, Martha Johanna. 2007. *La Musicoterapia como tratamiento para la conservación de la memoria, el esquema corporal y las nociones espacio-temporales en pacientes con demencia tipo Alzheimer*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Artículos

Ashida, Sato. 2000. The Effect of Reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy* XXXVII 3: 170-182.

Brotons, Melissa y Marti, Patricia. 2003. Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy* LX 2: 138-150.

Brotons, Melissa y Koger, Susan. 1997. A Review of Literature. Music and Demency. *Journal of Music Therapy* XXXIV 4: 204-245.

Crystal H, Grober E y Masur D. 1989. Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* LII: 1415-1416.

Davis, W.B. y Thaut, M. 1989. The influence of preferred relaxing music on measures of state anxiety, relaxation, and physiological responses. *Journal of Music Therapy* XXVI 4: 168-187.

Gregory, Dianne. 2002. Music Listening for Maintaining Attention of Older Adults with Cognitive Impairments. *Journal of Music Therapy* XXXIX.4: 244-264.

Hilliard, M. y Tolin, P. 1979. Effect of familiarity with background music on performance of simple and difficult reading comprehension tasks. *Perceptual-and-Motor-Skills* XLIX 3: 713-714.

Lipe, A. 1995. The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia. *Journal of Music Therapy* XXXII 3: 137-151.

Moore, S. y Prickett, Carol A. 1991. The Use of Music to Aid Memory of Alzheimer's Patients. *Journal of Music Therapy* XXVIII 2: 101-110.

Pollack, Nancy J. y Namazi, Kevan H. The Effect os Music Participation on the Social Behavior of Alzheimer's disease Patients. *Journal of Music Therapy* XXIX 1: 54-67.

Riegler, Jennifer. 1980. Comparasion of a Reality Orientation Program for Geriatric Patients With and Without Music. *Journal of Music Therapy* XVII 1: 26-33.

Smith, C. A. y Morris, L .W. 1977. Differential effects of stimulative and sedative music on anxiety, concentration, and performance. *Psychological-Reports* XLI 3: 1047-1053.

Swartz K. (et al.) 1989. Does the melody linger on? Music Cognition in AD. *Seminars in Neurology* IX 2: 152-158.

Discografía

Amparito Roca. Banda de Música del Maestro Tejera. Pasodobles Taurinos. Ediciones Senador CD 57079459. 2009.

Beethoven, Ludwig van. *Claro de luna*. Sonatas de Beethoven. R. Tronard. Discophon Vinilo 3009. 1964.

Bizet, Georges. *Habanera*. Carmen. FALP 3lp-Box 618 À 620. 1959

Brahms, Johannes y Dvorák, Antonin. *Hungarian Dance No.5*. Hungarian Dances/Slavonic Dances. London Symphony Orchestra. Willi Boskovsky. Decca Vinilo SXL 6696. 1975.

Bravo, Nino. *Un beso y una flor*. Lo Mejor De. Polydor Vinilo 23 85 070. 1984.

Carlos, Roberto. *El gato que está triste y azul*. El Arte de Roberto Carlos. CBS/Sony CD 42-4778 -11. 1997.

Charles, Ray. *Mess Around*. The Ray Charles Story volume one. Atlantic Vinilo 8063. 1962.

Cruzar el río. 20 Sevillanas. Producciones Ar CD 25288 SM. 2009.

Cuando llega la feria. 20 Sevillanas. Producciones Ar CD 25288 SM. 2009.

De Lucía, Paco. *Entre dos aguas*. Fuente y Caudal. Philips Vinilo 6328 109. 1975

Dúo Dinámico. *Resistiré*. La Colección Definitiva. EMI 2CD 724347380525. 2008.

Durcal, Rocio y Gómez, Celia. *Pichi*. Las Leandras. Philips Vinilo 865 028 PY. 1969.

Escobar, Manolo. *Mi carro*. Antología. RCA Vinilo WL-35566. 1989.

En er mundo. Banda Taurina. Pasodobles de España. Palobal Vinilo PH-1009. 1967.

Gardel, Carlos. *Volver*. The Best Of. EMI CD 8 23505 2. 1997.

Irish Jig. Gwendal. Parthe Marconi. EMI Vinilo 2C064-12725. 1974.

Joselito. *Doce cascabeles*. El Cancionero. Belter LP 2-20. 1980.

Los del Río. *La Macarena*. A mí me gusta. Serdisco CD 74321 18570 2. 1993.

Machín, Antonio. *Dos gardenias*. Todos sus éxitos. Perfil CD 520. 1988.

_____. *El Manisero*. Todos sus éxitos. Perfil CD 520. 1988.

Marisol. *Tómbola*. De Marisol a Pepa Flores. Zafiro 2CD 743 21 642 242. 1999.

Marisol. *Estando contigo*. De Marisol a Pepa Flores. Zafiro 2CD 743 21 642 242. 1999.

McKennitt, Loreena. *The mystics dream*. The mask Aud Mirrow. Wea CD 95296.1994

Paganinni, Niccolo. *Capricho No.24*. Paganini: 24 caprices. Ttzkak Perlman. B000004R950. 2000.

Pasa la vida. 20 Sevillanas. Producciones Ar CD 25288 SM. 2009.

Richard, Little. *Lucille*. The Essential. Specialty CD SPCD-2154-1.1985.

Saëns, Saint. *Carnaval de los animals*. Peer Gyrt Suites/ Canival of the Animals
The Boston Promenade Orchestra-1. Arthur Fiedler. RCA CD Vitoria VIC 1019. 1957.

Sesto, Camilo. *Vivir así es morir de amor*. Muy personal. Mis grandes éxitos. Ariola
2CD 74321 182 72 2. 1993.

Stravinsky, Ígor. *Consagración de la primavera*. Le Sacre du Printemps. The
Cleveland Orchestra. Beulez. CBS Vinilo S 72807. 1969.

Suspiros de España. Banda Taurina. Pasodobles de España. Palobal Vinilo PH-1009.
1967.

Tejedor. *Añada Pa Gael*. Texedores de Suaños. Ediciones Resistencia CD RES 081.
1999.

Tiersen Yann. *La Valse d'Amelie*. Amelie.Virgen CD VIR 155. 2001.

_____. *Comptine d'un autre été. L'après midi*. Amelie.Virgen CD VIR 155. 2001.

Turina, José Luis. *Sacromonte*. Turina. Obras para piano. Alicia de Larrocha.
EmiClassics CD CDM 7 64 528 2. 1992.

Varios. *Dónde vas con mantón de Manila*. 24 Grandes éxitos de Zarzuela Vol. 2. BMG CD 74321 21572 2. 1994.

Wagner, Richard. *La cabalgara de las Valquirias*. Filarmónica de Viena. Georg Solti. Decca CD 414 105-2. 1965.

- Asturias
- Desde Santurce a Bilbao
- Quisiera ser tan alta
- La tarara
- Ahora que vamos despacio
- Al corro de la pata
- Al pasar la barca
- Debajo un botón
- ¿Dónde están las llaves?
- El patio de mi casa
- Cucú cantaba la rana
- Mambrú se fue a la guerra
- Que llueva, que llueva
- Tengo, tengo, tengo
- Tengo una vaca lechera^{xi}

Web

BENENZON, Rolando. “Aplicación de la Musicoterapia en el paciente de Alzheimer según el Modelo Benenzon” Centro Benenzon España. Valencia, 2004. (Consulta 20 de Abril de 2013)

http://www.publi-webs.com/benenzon/biblioteca/01_1benenzon_alzhe.htm

DE LA VEGA, R. y Zambrano, A. Abril 2011. *Criterios diagnósticos de las demencias* [en línea]. Circunvalación del Hipocampo (Consulta 23 de Mayo de 2013).

<http://www.hipocampo.org/criterios.asp>

GONZÁLEZ SOBEJANO, María José. (2011) ¿Terapia o diversión? *Alzheimer en el Principado de Asturias*, 5. (Consulta 20 de Mayo de 2013)

<http://www.vitalzheimer.com/musicoterapia.html>

MIRANDA, Carmen y Manu Sequera. (2012, 20 Noviembre) Musicoterapia, la música es salud. *El Huffington Post*. (Consulta 20 de Abril de 2013)

http://www.huffingtonpost.es/carmen-miranda/musicoterapia-la-musica-es-salud_b_2157952.html

SAGASTI, Teresa; Begoña Bernaola; Patxi del Campo. “Musicoterapia y Alzheimer”. Instituto MAP música, arte y proceso. Vitoria. (Consulta 20 de Abril de 2013)

<http://www.agruparte.com/centro-terapeutico-y-centro-de-investigacion/map-centro-de-investigacion/musicoterapia-y-alzheimer-es.html>

<http://www.slideshare.net/apinillos03/dsm-iv-pdf-completo> (Consulta 18 de Junio de 2013)

Otros materiales

Acting-Vita. 2009. *Talleres. Un cuidador. Dos vidas*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Canciones infantiles. Selección. 1995. Grupo Anaya S.A.

Canciones populares para escolares. Adaptadas al cuestionario de música para enseñanza primaria. 1960. Zaragoza: Sección Femenina de F.E.T. y de las J.O.N.S.

V. Anexos (Documentos, textos, imágenes, etc.)

Listado de canciones según su utilización:

Motricidad y sincronización

- Little Richard – *Lucille*
- Ray Charles – *Mess Around*
- Gwendal – *Irish Jig*
- Dúo Dinámico – *Resistiré*

Feria de Abril

- Sevillanas
 - *Cruzar el río*
 - *Cuando llega la feria*
 - *Pasa la vida*

Relajación

- Loreena McKennitt – *The mystics dream*
- *La Valse d'Amelie* - Amelie.
- *Comptine d'un autre été. L'après midi* - Amelie.
- Tejedor – *Añada Pa Gael*

Canciones infantiles/populares

- La tarara
- Ahora que vamos despacio
- Al corro de la pata
- Al pasar la barca
- Debajo un botón
- ¿Dónde están las llaves?
- El patio de mi casa
- Cucú cantaba la rana
- Mambrú se fue a la guerra
- Que llueva, que llueva
- Tengo, tengo, tengo
- Tengo una vaca lechera

Atención

- *Carnaval de los animales* - Saint-Saëns
- *Habanera* – Bizet

- *Hungarian Dance No.5* – Johannes Brahms
- *Consagración de la primavera* – Stravinski.

Reconocimiento auditivo

- Guitarra: *Paco de Lucía – Entre dos aguas.*
- Violín: *Paganinni – Capricho No.24*
- Piano: *Turina – Sacromonte.*
- Piano: *Beethoven – claro de luna*

- *La cabalgata de las Valquirias* de Wagner.
- *El gato que está triste y azul* de Roberto Carlos.

Baile

- Pasodoble – *En er mundo*
- Pasodoble - *Suspiros de España*
- La Macarena – Hermanos del Río
- Pasodoble – *Amparito Roca*
- Tango – *Volver* Carlos Gardel
- Antonio Machín – *El Manisero*

Coro/Canto colectivo

- La Verbena de la Paloma – *Dónde vas con mantón de Manila*
- Joselito – *Doce cascabeles*
- Marisol – *Estando contigo*
- Asturias
- Desde Santurce a Bilbao
- Quisiera ser tan alta
- Las Leandras – *Pichi*
- Nino Bravo – *Un beso y una flor*
- Manolo Escobar – *Mi carro*
- Marisol – *Tómbola*
- Camilo Sesto – *Vivir así es morir de amor*
- Antonio Machín – *Dos gardenias*

ⁱ La demencia, entendida como el desarrollo de múltiples déficit cognitivos, incluyendo deterioro de la memoria y que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías.

ⁱⁱ Se desarrollará con más detalle en el apartado “Estado de la Cuestión”

ⁱⁱⁱ Síntesis de elaboración propia.

-
- ^{iv} Síntesis de elaboración propia a partir de la información extraída de: Rodríguez, Santiago y Smith-Agreda, J.M^a. 1999.
- ^v Síntesis de elaboración propia a partir de la información extraída de: Roger, Gil. 2002 y de Love RJ, Webb WG. 1998.
- ^{vi} Síntesis de elaboración propia a partir de la información extraída de: Peña-Casanova, J. 1994.
- ^{vii} Síntesis de elaboración propia a partir de la información extraída de: Gfeller, Kate E. 2000.
- ^{viii} Posibles canciones para utilizar especificadas en el apartado de Anexos.
- ^{ix} *State-Trait Anxiety Inventory*. Es un inventario psicológico basado en una escala de cuatro puntos que consiste en un cuestionario de 40 preguntas de auto-respuesta.
- ^x Proceso en el que se realiza una “entrevista” al paciente buscando recuperar información de su pasado. La anamnesis musical se centra en las músicas que escuchaba, si realizó estudios musicales, etc.
- ^{xi} Canciones populares e infantiles. Mayoritariamente anónimas. Consultadas en:
Canciones infantiles. Selección. 1995.
Canciones populares para escolares. Adaptadas al cuestionario de música para enseñanza primaria. 1960.