



**MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER**

Autores:

Francy Lorena Soto Melguizo

Daniela Jiménez Araque

Asesora:

Liliana Moreno

Máster en Ciencias de

la Sexología

**Corporación Universitaria
Minuto de Dios Facultad de
Ciencias
Humanas y Sociales
Psicología - Bello
2019**

Tabla de contenido

1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	5
3. Introducción.....	7
4. Planteamiento del problema	11
5. Justificación.....	20
6. Objetivos.....	28
7. Marco teórico	29
7.1 Enfermedad del Alzheimer y musicoterapia.....	29
7.2 Demencia.	29
7.3 Alzheimer.....	30
7.3.1 Tratamientos.....	37
7.3.1.1 Tratamientos Farmacológicos.....	37
7.3.1.2 Tratamiento no farmacológico.....	38
7.3.1.2.1 Terapia.....	39
7.3.1.2.1.1 Terapias Alternativas.....	39
7.3.1.2.1.1.1 Musicoterapia.....	40
8. Metodología.....	43
8.1 Enfoque.....	43
8.2 Diseño	43
8.3. Instrumento.....	44
8.3.1 Aplicación del instrumento.....	46
8.4. Participantes.	47
8.6. Criterios de inclusión.	48
8.7. Análisis de la información.	48
8.8. Consideraciones éticas.....	50
9. Resultados	52
10. Discusión.....	57
11. Conclusiones	60
12. Consideraciones finales	62
13. Referencias bibliográficas.	64
14. Anexos.....	69

1. Resumen

Esta investigación se desarrolla desde el enfoque cualitativo que tiene como objetivo describir la experiencia, perspectivas y emociones, que tiene un grupo de tres adultos mayores pertenecientes al Centro Gerontológico Casa Viva ubicado en la ciudad de Bogotá, diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer, a partir de la intervención con musicoterapia, como tratamiento alternativo no farmacológico.

Para ello, se realizó un rastreo bibliográfico y estadístico, desde lo general hasta lo particular sobre la demencia tipo Alzheimer, llamada también Enfermedad de Alzheimer (EA), teniendo esta con mayor incidencia en el mundo; los tratamientos utilizados para su mejoramiento y mantenimiento de las funciones cognitivas que pueden perderse en el transcurso de dicha enfermedad, y la musicoterapia como tratamiento alternativo no farmacológico, que puede afectar positivamente en las emociones y por tanto favorecer la memoria emocional.

Además, se hizo una recolección de información en el contexto real, a través de una entrevista semiestructurada, como instrumentos metodológicos de la investigación cualitativa y cuenta con un diseño fenomenológico-hermenéutico, sobre las experiencias que los pacientes tienen con la musicoterapia como tratamiento alternativo no farmacológico, presuntamente usado en el centro que les atiende.

Estos pacientes indagados cumplieron con los criterios de inclusión tales como, estar institucionalizado en el centro Gerontológico Casa viva; ser adulto mayor (entre los 70 y los 90 años); estar diagnosticado con enfermedad de Alzheimer; estar bajo tratamiento médico y firmar el consentimiento informado.

Finalmente, en los resultados se encuentra que los pacientes que participan de las sesiones de musicoterapia, presentan una reacción particular y esto trasciende a

obtener diferentes experiencias tanto positivas como negativas que contar. Además, se encuentra que las sesiones de musicoterapia en el Centro Gerontológico Casa Viva, carecen de rigurosidad permanente y que se utiliza como instrumento transversal de la atención a los usuarios, que acompaña las actividades y brinda bienestar a algunas personas con EA, por lo tanto, al no poseer continuidad en el proceso, no se logra alcanzar los resultados esperados.

Dentro de los resultados, también se evidencia que su experiencia logra ser más representativa a nivel emocional cuando son expuestos o estimulados con piezas musicales de su preferencia, de esta manera se logra evocar vivencias y recuerdos con mayor claridad. Cabe resaltar que durante las sesiones de musicoterapia se fortalece las relaciones con el otro y se facilita la interacción entre ellos, aunque a nivel comportamental no se presente mayor variación.

2. Abstract

This research will refer from the qualitative approach that aims to describe the experience, perspectives and feelings, which has a group of three elder adults belonging to the Casa Viva Gerontological Center located in the city of Bogotá, who are diagnosed with Alzheimer's Disease, from intervention with music therapy as an alternative non-pharmacological treatment.

For this, a bibliographic and statistical tracking was realized, from the general to the specific on Alzheimer's type dementia, also called Alzheimer's Disease (AD), having this one with greater incidence in the world. The treatments used for its heal improvement and maintenance of cognitive functions that can be lost in the course of said disease, and music therapy as an alternative non-pharmacological treatment, which can positively affect feelings and therefore benefits their emotional memory.

In addition, the information was collected in a real context through a semi-structured interview, as methodological instruments of qualitative research and has a phenomenological-hermeneutical design, about the experiences that patients have with music therapy as an alternative non-pharmacological treatment, allegedly used in the center where they are attended.

These investigated patients met the inclusion criteria, such as being institutionalized in the Casa Viva Gerontological Center, being an elder adult (between 70 and 90 years old), being diagnosed with the Alzheimer's disease, being under medical treatment, and signing the informed consent.

Finally, the results showed that patients who participate in the music therapy sessions have a particular reaction, and this transcends to obtain different experiences, both positive and negative. In addition, it was found that the music therapy sessions at the Casa Viva Gerontological Center lack of permanent rigor in the transversal instrument of the attention for users, which accompanies the activities and provides well-being for some people with AD. Therefore, by having no continuity in the process, the expected results cannot be achieved.

In the results, it is also evident that their experience manages to be more representative at an emotional level when they are exposed or stimulated with musical pieces of their preference. In this way, it is possible to evoke experiences and memories with greater clarity. It should be noted that, during the music therapy sessions, the relationships with the other patients were strengthened, and interaction between them was facilitated. Although, at the behavioral level there is no greater variation.

3. Introducción.

Para describir la experiencia, perspectivas y emociones, que tiene un grupo de tres adultos mayores, pertenecientes al Centro Gerontológico Casa Viva ubicado en la ciudad de Bogotá, diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer (en adelante EA) que presuntamente reciben sesiones de musicoterapia como tratamiento alternativo no farmacológico; se realizó inicialmente un rastreo de la información bibliográfica sobre conceptos como demencias, demencia tipo alzheimer, tratamientos farmacológicos y alternativos no farmacológicos, arteterapia y musicoterapia; en la que asimismo se mencionan antecedentes investigativos que avalan que la musicoterapia, es un tratamiento que aporta al beneficio de la persona con dicha enfermedad. Se hizo también, un proceso de investigación cualitativa, de diseño fenomenológico-hermenéutico.

Según Peña (1999), las demencias son la disminución de la capacidad intelectual (especialmente de la memoria) en comparación con el nivel previo de función de cada individuo, la cual va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento, dando lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien lo padece.

Para respaldar lo anterior, se mostrarán estudios de Arizaga (1999), la Fundación Sanitas (2016), Toribio (2016) y Garre-Olmo (2018), (entre otros); sobre la epidemiología de las demencias, pues ha tenido grandes proporciones en la edad mayor, especialmente la EA que representa el mayor porcentaje de todos los casos, que se acrecientan a partir de los 65 años, de manera acelerada como resultado del continuo envejecimiento poblacional; un ejemplo de ello, es que en EEUU se estima que habrá un aumento el número de personas con una demencia, lo cual acarrearía altos costos para su acompañamiento; en España, la EA se sitúa como la patología degenerativa más habitual entre las personas mayores de 65 años, convirtiéndose en el tercer país del mundo con mayor prevalencia de demencias; en México,

se proyecta que la EA tendrá una incidencia mayor que otras enfermedades, y también se estima que muchos mexicanos mayores de 60 años, padecerán de este tipo de demencia.

Particularmente en Colombia, Cortéz (2018) del grupo de neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, afirma que el mayor porcentaje de pacientes padecen de la EA, frente a otros casos de demencia. También Lopera (2018), afirmó que en el mundo aún no se ha encontrado un tratamiento que logre desaparecer la EA, pero que se han realizado descubrimientos de medicamentos que ayudan a ralentizar su avance y mitigar los síntomas.

Así que según Peña (1999), la EA es neurodegenerativa y progresiva, caracterizada por una serie de rasgos clínicos y patológicos centrados en: alteraciones cognitivas, alteraciones funcionales y alteraciones psicológicas y del comportamiento. Para lo cual, existen tratamientos -revisados en este trabajo- para pacientes con EA, donde se evidencia que las nuevas modalidades de tratamiento más utilizadas son: los **tratamientos farmacológicos** que según Peña (1999), ayudan hábilmente a las personas con demencia a solucionar problemas, presentando reacciones adversas que podrían empeorar la condición mental, pero que inciden sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas, para mejorar el comportamiento en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad funcional y las alucinaciones, de manera que se tenga una mayor calidad de vida; sin embargo no solo los tratamientos farmacológicos mejoran o sostienen las capacidades cognitivas, pues han surgido **tratamientos complementarios no farmacológicos** que, según Muñís & Olazarán (citados en Paulano, 2017) son intervenciones no químicas, “teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”. Entre estos está la **arteterapia** y más puntualmente la **musicoterapia**, de las cuales se mencionan algunos antecedentes investigativos, sobre su uso y favorecimiento a los pacientes que padecen distintas enfermedades.

Por su parte, Romagnoli (2013) realizó una intervención arteterapéutica en Madrid, a pacientes con la EA de nivel leve y moderado, concluyendo que: la memoria procedimental rebela los gustos e intereses, como una reafirmación de sí mismo. Además Dumas y Aranguren (2013), realizaron una revisión de la bibliografía donde indican que las expresiones artísticas como la danza o la música, permiten el desarrollo personal en los niveles: emocional, cognitivo, social y físico, siendo usada en diferentes contextos y entornos, para ser aplicada tanto de forma grupal como individual.

Por ello, como terapia basada en el arte, Pérez (2018) afirma que la **musicoterapia** influye positivamente sobre los individuos, dándoles las herramientas necesarias para favorecer la comunicación, el autoconocimiento y el incremento de las habilidades motoras y cognitivas y, ralentizar los efectos o síntomas causados por la demencia, evidenciándose resultados positivos. También Sanfeliu (2008), develó la importancia de la musicoterapia en diferentes contextos como la violencia política, donde se intervienen las vivencias traumáticas, para desarrollar bienestar mental. Por su parte, Lazo (2013) realizó un estudio cualitativo-cuantitativo en el que aplicó sesiones de musicoterapia a adultos mayores con depresión, para mejorar su salud y estilo de vida; gracias a esto, los pacientes mostraron cambios conductuales que beneficiaron su estado de ánimo. Además, en el hogar geriátrico Casa Viva ubicado en la ciudad de Bogotá, afirman que se llevan a cabo intervenciones de musicoterapia para los pacientes institucionalizados, como sensibilización cognitiva, para ayudar a mantener los procesos que en el transcurso de la enfermedad se verán afectados.

Así es que, como se menciona al principio, el objetivo general que se quiere alcanzar es describir la experiencia de tres adultos mayores diagnosticados con EA, que reciben musicoterapia como tratamiento no farmacológico en el Centro Gerontológico Casa Viva ubicado en la ciudad de Bogotá, durante el año 2019; para lo cual se buscará, conocer las emociones que experimentan los pacientes diagnosticados con la EA; identificar el

significante de la musicoterapia en ellos, e indagar sobre cómo se manifiesta la memoria emocional de los pacientes diagnosticados con la EA.

A partir de esta revisión, se presentará la metodología de esta investigación, la cual se realiza desde el enfoque cualitativo que para Rodríguez, et al. (1996), estudia la realidad en su contexto natural, para interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas; a través de una entrevista semiestructurada a cada uno de los tres adultos mayores, donde se evidencia que en el Centro Gerontológico Casa Viva no se desarrolla la musicoterapia con una rigurosidad pertinente, sino que la música acompaña las actividades de manera recreativa; por tanto, el paciente al no poseer la conexión emocional con la pieza musical a la que se exponen, no evocan a partir de la emoción.

4. Planteamiento del problema

La demencia es una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien lo padece (Peña, 1999, p.9).

La Enfermedad de Alzheimer (EA), según Peña (1999) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por una serie de rasgos clínicos y patológicos con una variabilidad relativa. El autor afirma que estos rasgos clínicos se centran en tres aspectos: alteraciones cognitivas, es decir alteraciones de la memoria y de otras capacidades mentales; alteraciones funcionales, o sea, una pérdida progresiva de independencia en las actividades de la vida diaria; y alteraciones psicológicas y del comportamiento, esto es, ansiedad, delirios, alucinaciones, vagabundeo, agresión.

La Fundación Sanitas (2016), expone que en España la EA se sitúa como la patología degenerativa más habitual entre las personas mayores de 65 años. Un 40% de los mayores de 90 años en España padecen esta patología. Más de 1.2 personas se ven afectadas por esta enfermedad, indicando que España es el 3º país del mundo con mayor prevalencia de demencia.

Por otro lado, Excélsior, portal de noticias líder en México, publica un artículo de Toribio (2016) donde proyecta que la EA tiene una incidencia cien veces mayor que el cáncer de mama; se estima que al menos ochocientos mil mexicanos padecen de este tipo de demencia, casi el 9% de personas mayores de 60 años.

A nivel nacional según una investigación publicada por Cortéz (2018) en el colombiano y realizada por un grupo de neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en Colombia existen quinientos mil pacientes con EA, siendo esta la forma más común de demencia, ocupando el 70% frente a otros casos. Según lo anterior, se puede

evidenciar un aumento en las cifras de pacientes diagnosticados con EA y con aumentos para el futuro, sumado a esto por ahora, según las investigaciones científicas existentes, no hay un tratamiento que logre desaparecer la EA, sino ralentizar su avance y mitigar los síntomas, (Lopera, 2018)

Adentrando en el tema de la memoria, según la investigación realizada por Rivera (2014), la memoria es un proceso psicológico que almacena información codificada, posible de ser recuperada, a veces de manera voluntaria y consciente, pero también involuntaria (Ballesteros, 1999).

Aprendizaje y memoria son dos procesos psicológicos que van firmemente relacionados puesto, que constituyen dos momentos por los que el organismo maneja, elabora y resuelve la información que ha sido proporcionada por los sentidos (Aguado, 2001). Algunos estudios mencionan que memoria y aprendizaje contienen actividades de almacenamiento (atender, codificar, aprender) y recuperación (reconocer, recordar, reconstruir el recuerdo) (Flavell, 2000). Se podría decir con esto, que la información queda más en la memoria cuando se es atendida, por lo tanto es más fácilmente recordada. La memoria está relacionada con procesos cognitivos, puesto que se aprende más de lo que ya se conoce, ya que logra llamar su atención, la memoria es un proceso dinámico que requiere de la atención para guiarla y ser guiada.

El proceso de memoria siempre proporcionará un cambio en los procesos de adquisición de conocimiento del individuo, lo cual hace parte del aprendizaje. Por esta razón se puede decir que la memoria y el aprendizaje son interdependientes.

Asimismo, Rivera (2014), encontró que hace unas cuantas décadas se ha llegado al acuerdo de que la memoria no es unitaria, monolítica, sino que es un número de sistemas diferenciados que interactúan entre sí. Es posible que para los seres humanos lo más importante sea tener la capacidad de recordar las experiencias almacenadas como beneficio a

futuro; los engranajes que permiten el funcionamiento de tan gran función mental según Bellesteros (1999), funcionan tan perfectamente en una persona sana que apenas se da cuenta de que todos los procesos que se van dando y lo que comunica verbalmente depende del excelente funcionamiento de la memoria. Por lo cual, cuando la memoria no está en perfecto estado así sea por un instante o permanentemente, es el momento en el que hay conciencia de su importancia, un ejemplo muy común es el no poder recordar el nombre de un conocido o no encontrar un objeto donde se estaba seguro de haberlo guardado.

La memoria entonces, es la capacidad de registrar, conservar y evocar las experiencias que los seres vivos tuvieron; es el proceso que se encarga en la retención y la continua actualización de la información, es decir, localizar, conservar, fijar, evocar, reconocer hechos pasados (UNIR, 2013). Según Portellano, 2005 (citado por UNIR, 2013, 3).

La memoria es una función neurocognitiva que permite registrar, codificar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información previamente almacenada. Mientras que el aprendizaje es la capacidad de adquirir nueva información, la memoria es la capacidad para retener la información aprendida.

Si no se hace posible el recuerdo de algo, es posiblemente porque el registro no se pudo dar, o porque no se pudo codificar de manera significativa, por tal motivo tampoco se podría evocar (UNIR, 2013).

Por su parte, en el tema de la memoria emocional, según las investigaciones realizadas por Ruetti, et al. (2008), las emociones se vinculan con la memoria de tal manera que, si un evento tiene un contenido emocional, este influye en un posterior recuerdo. Pues existe evidencia que afirma que las acciones emocionalmente significativas, se retienen en la memoria de una manera más clara que los eventos triviales; un ejemplo de ello es que una persona recuerde mucho mejor los detalles de un accidente de la infancia o de una situación

muy alegre que la cena de la semana anterior; por lo que se afirma que las situaciones asociadas a diversas emociones, se evoca con mayor facilidad y se mantiene a lo largo del tiempo, con menor probabilidad de ser olvidadas.

Afirman además que “la memoria emocional es el resultado del almacenamiento de la información que estuvo acompañada por factores alertadores a través de los cuales se fijó con más facilidad” Justel, Psyrdellis y Ruetti, (2013) , confirmando que las emociones están íntimamente vinculadas con la memoria, esto es, que los eventos con contenido emocional positivos o negativos, tienen un mayor recuerdo que los sucesos indistintos.

Además, Ruetti, et al. (2008) encontraron que al hacer un estudio en el que mostraron imágenes que activaran emociones placenteras o displacenteras y también imágenes triviales, se recordaban mucho más las emocionales; a su vez se relacionaban con una activación en la amígdala y el lóbulo temporal, evaluado por resonancia magnética funcional; lo cual da la probabilidad de que la codificación en el cerebro del material emotivo, es más intensa que de otro tipo, posiblemente por la modulación de la amígdala sobre el lóbulo temporal medial; demostrando que las emociones que se tienen en diversos eventos, es un sistema de filtros, que ayuda a guardarlos por mucho más tiempo.

Por otra parte, Ruetti, et al. (2008), hallaron teorías que procuran explicar los mecanismos que se usan en la relación entre la emoción y la memoria; una de ellas es que los efectos neuroendocrinos del estrés se vincula con el recuerdo de las experiencias estresantes; así también en las situaciones con gran contenido emocional, se liberan hormonas adrenales (adrenalina y glucocorticoides (GC)); se hicieron experimentos en los que se administraba hormonas adrenales como la corticosterona, antes o después de una tarea de aprendizaje aportaba a su recuerdo; variando según el momento y la intensidad en que las se liberen hormonas, debilitando o facilitando el recuerdo, produciendo un efecto mediante los mecanismos noradrenérgicos centrales, particularmente en la amígdala.

Con respecto a esto, Justel, et al., (2013), afirman que la memoria emocional es el resultado de almacenar mejor la información estuvo acompañada por alarmas o alertas; teniendo la característica de ser ilimitada, persistente, relativamente estable, y su recuperación puede ser tanto explícita como implícita. Los autores refieren que desde la perspectiva funcional, la memoria es un elemento complejo que pretende diversos procesos psicológicos y neurobiológicos puntuales, indispensables para una huella mnémica, como el registro y la codificación de información, en diversas representaciones, mediante el ingreso de un input y su organización adecuada; así, ese recuerdo debe permanecer en el tiempo gracias a su retención, almacenamiento y recuperación, para usarlo en diferentes tareas cognitivas. De este modo, el recuerdo de un evento emocional se convierte en una función transversal y básica, en donde el contenido emocional afecta diferencialmente tanto los procesos de codificación, como de consolidación y evocación.

A su vez, al revisar el tema del tratamiento en pacientes con EA se puede evidenciar que aunque han surgido nuevas modalidades de tratamiento los más utilizados son los fármacos o tratamiento farmacológico, los cuales según Peña (1999) son una terapia que ayudan hábilmente a las personas con demencia a solucionar muchos problemas, sin embargo, estos mismos pueden presentar unas reacciones adversas que podrían empeorar su condición mental, por lo que es el médico a partir de los síntomas específicos que identifica en cada paciente y de acuerdo a sus necesidades elabora el tratamiento farmacológico a usarse, los más convencionales o los que han tenido mayor eficacia son los anticolinesterásicos que tienen una acción inhibitoria de la colinesterasa, la enzima encargada de descomponer la acetilcolina, el neurotransmisor que falta en la EA y que incide sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas. Lo que se logra con este tipo de tratamiento es mejorar el comportamiento del enfermo en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad funcional y las alucinaciones, mejorando su calidad de vida.

Teniendo en cuenta que la EA no tiene tratamiento para su completa recuperación y que lo que hacen los fármacos es sobrellevar la sintomatología; surgen nuevas modalidades de tratamiento complementario, que tienen como fin servir de tratamiento integral al mezclarse, en específico se habla del tratamiento no farmacológico, los cuales según Muñís & Olazarán (citados en Paulano, 2017) son definidos como una “intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (p.13).

Cuando se investigan nuevas alternativas en el tratamiento de EA, se relaciona la “Musicoterapia” definido por la National Association for Music Therapy (citado en Villamizar, 2007) como:

El uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acercamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico, para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para que pueda ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad (p. 42).

Cabe resaltar la influencia que tiene la música sobre los seres humanos, en distintas áreas como la memoria, la concentración y la atención expresan un mejor desempeño al ser estimuladas por componentes musicales. Estas a su vez conectan otro tipo de actividades como el baile que potencializa habilidades motrices y que a su vez estimulan también habilidades sociales y creativas. De esta manera Villamizar (2007). Expresa que “la utilización de técnicas con música o Musicoterapia, constituye una herramienta terapéutica de vital importancia, para que los ancianos enfrenten el futuro con más tranquilidad o aceptación” (p. 6).

En el año de 1944, según Villamizar (2007) se lleva a cabo en la ciudad de Washington DC la primera fundación para la investigación y desarrollo de la musicoterapia, seis años después, en 1950, se crea la National Association for Music Therapy con sus siglas en inglés (NAMT), dando lugar a un auge de periódicos, revistas y publicaciones sobre la musicoterapia.

Según Villamizar (2007) la musicoterapia ha despertado el interés de la población poco a poco, posibilitando la creación de diversos programas educativos y asociaciones alrededor del mundo, enfocadas en formar y difundir la musicoterapia a lo largo y ancho del planeta. A nivel Iberoamérica, en el año de 1966 Argentina incursiona en la educación musicoterapéutica abriendo la primera licenciatura en dicho campo con el médico psiquiatra Rolando Benenson, el cual contaba con educación en psicoanálisis y técnicas psicodramáticas, además de ser músico y compositor.

En Colombia, según expresa Villamizar (2007) la musicoterapia data sus inicios en el año de 1999, comenzando con niños que padecían de discapacidad auditiva, retraso mental y autismo; los trabajos más significativos fueron los de la psicoeducadora María Isabel Reyes y el Médico - Músico Bernardo Benjumea.

Rolando Benenson viaja a Colombia en el año de 1971 con el fin de organizar los primeros seminarios sobre la musicoterapia. Posterior a esto, en enero de 2005, nace la primera propuesta académica formal universitaria en la ciudad de Bogotá, concretamente en la Facultad de Artes de la Universidad Nacional de Colombia (Villamizar, 2007).

Villamizar (2007) indica que Colombia lleva poco tiempo en la implementación de la musicoterapia con respecto a otros países, pero, aun así, poco a poco comienza a desarrollarse satisfactoriamente basado en modelos bastante aplicados en otros contextos, especializándose en el área clínica y comunitaria.

Por su parte, en el hogar geriátrico Casa viva ubicado en la ciudad de Bogotá, que alberga personas con EA, y la cual es la población seleccionada para la realización de esta investigación, se llevan a cabo intervenciones con terapias alternativas como la musicoterapia a los pacientes institucionalizados; es un hogar que cuenta con doce pacientes valorados con diferentes demencias, de los cuales cuatro de ellos han sido diagnosticados con demencia tipo Alzheimer.

Estas personas cuentan con características similares en cuanto al diagnóstico; tienen a su disposición un grupo multidisciplinario de especialistas que ofrece diferentes tipos de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, estos últimos funcionan como tratamiento alternativo a los fármacos con los que todo paciente diagnosticado con demencia debe ser tratado. Además, tienen como función una sensibilización cognitiva que ayuda a mantener los procesos que con el transcurso de la enfermedad se ven afectados.

Es importante mencionar que a partir de la indagación que se hizo a este centro gerontológico, la musicoterapia como tratamiento a la EA propone aportar mejoras en la calidad de vida de los pacientes en ésta etapa del ciclo vital.

Como se menciona en los apartados anteriores se han encontrado investigaciones que apuntan más a evidenciar resultados sobre efectos neurológicos y funcionales. Por lo anterior, esta investigación busca conocer a través de la fenomenología, cómo se involucran las emociones en las experiencias de las personas que están siendo intervenido(a)s a través de la musicoterapia, esto es, terapias no farmacológicas y que incluyen el arte. De esta manera, la psicología es una disciplina que tiene como propósito el acercamiento directamente a las realidades de cada ser humano y dar cuenta de esa experiencia personal y subjetiva.

En ese sentido se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la experiencia de un grupo de tres adultos mayores diagnosticados con EA que reciben musicoterapia como

tratamiento no farmacológico en el Centro Gerontológico Casa viva ubicado en la ciudad de Bogotá durante el año 2019?

5. Justificación

Según Alzheimer Disease International (2015), la EA ha superado enfermedades terminales como el cáncer y se cree que en todo el mundo hay 46,8 millones de personas que viven con EA u otras demencias, por tanto tienen pronosticado que para el 2030, si no se dan descubrimientos novedosos, se dará un aumento alcanzando casi los 74,7 millones. Para el 2050, las tasas podrían superar los 131,5 millones.

Este trabajo decide hacerse para abordar la influencia que puede llegar a tener la musicoterapia como tratamiento alternativo sobre la EA, siendo esta una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente la población adulta mayor de 60 años y que de acuerdo a las cifras las personas que padecerán esta enfermedad irá en un aumento exponencial.

En este trabajo el propósito es comprender la experiencia de cuatro adultos mayores con demencia tipo alzheimer, pertenecientes a un grupo de doce pacientes que padecen diferentes tipos de demencia, en el Centro Gerontológico Casa Viva, para indagar cómo el tratamiento no farmacológico de musicoterapia influye en su calidad de vida

Inicialmente, abordar las demencias en relación con la musicoterapia llevará a los investigadores a una comprensión de los tratamientos alternativos, lo cual será un aporte para la formación, que generará una concienciación de los efectos que la musicoterapia tiene sobre la EA. Además, la relevancia de realizar la investigación en el centro gerontológico Casa Viva, radica en la creación de nuevos proyectos y planeación de actividades, enfocadas en sus terapias alternativas. Por su parte, dentro del contexto de la institución, permitirá una aproximación que evidencie los aportes que hace la musicoterapia en el Alzheimer y de qué manera se usan las terapias no farmacológicas, por lo que este trabajo aportará una noción a la comunidad uniminutense para conocer del tema y hacer reflexión sobre la salud mental en los adultos mayores, resaltando el uso de las terapias alternativas como la musicoterapia.

Como base teórica, en una investigación realizada por Sanfeliu (2008) se devela la importancia de la musicoterapia en diferentes contextos, entre ellos el de la violencia política, la autora enmarca la importancia de las actividades artísticas con finalidades terapéuticas para intervenir sobre las vivencias traumáticas; por lo que incluir a la musicoterapia como medio terapéutico conlleva a desarrollar la autoestima, además, expresa Sanfeliu (2008) que este tipo de terapia favorece la estimulación motora, la memoria y la concentración, esta terapia es llevada a cabo por diferentes entes, ya sean organizaciones o instituciones, entre ellas Sierra Leon`s Refugees All Stars, The refugee all stars fundation, War Child, Pavarotti Music Center, entre otros.

Por otro lado, Justel, O`conor, Jaime; Rubinstein, Wanda, (2015), realizaron un estudio en el que se evidencia que algunas piezas musicales tienen un efecto modulador activo y relajante, sobre la memoria de los adultos mayores; resaltando que los efectos no son iguales, siendo algunos estilos facilitaban el almacenamiento y la evocación de la información y, por el contrario otras interfieren en dicho proceso. Esto con el fin de que se pudiera usar como posible herramienta terapéutica en pacientes con disfunciones mnemónicas.

Para ello, Justel, et al., (2015), encontraron que la música potencia la experiencia emocional evocada por imágenes con contenido afectivo, aumentando o disminuyendo el nivel de arousal, permitiendo modular la consolidación de la memoria. Para esto, involucraron en la investigación a adultos jóvenes como evidencia diferencial, compararon la memoria potenciada por la emoción en ambos grupos (jóvenes y mayores) y encontraron que aunque los adultos mayores presentaron una declinación general de la memoria en relación a los adultos jóvenes, el beneficio sigue siendo el mismo en adultos mayores como en los adultos jóvenes, pues la memoria para los estímulos emocionales sigue siendo superior en comparación a la memoria para los estímulos neutrales. Esto se debe a que la edad no afecta

considerablemente las regiones límbicas, incluida la amígdala y por lo tanto no interfiere en la potenciación de la memoria ante estímulos emocionales.

Por su parte Lazo (2013), realizó un estudio cualitativo-cuantitativo en el que aplicó 14 sesiones de musicoterapia a 520 adultos mayores, hombres y mujeres, pacientes con depresión con edades entre 60 y 80 años, para evaluar a estas personas se creó un cuestionario con preguntas mixtas, posteriormente el investigador aplicó de manera individual la escala de Beck, luego de obtener la muestra de acuerdo a los criterios de exclusión se constituyeron dos grupos de 13 y 11 personas, uno se trabajaría por la mañana y otro en la tarde, consecutivamente se usó una ficha de preferencias musicales.

Lo que el autor pretendía, era implementar la musicoterapia para darle a estos adultos mayores otras opciones para mejorar su salud y estilo de vida; el autor a lo largo de su investigación abordó el desarrollo del ciclo de vida de los pacientes, además, inmiscuye la musicoterapia para develar la relevancia de la aplicación de esta técnica, dentro de las conclusiones que se obtuvo, se encuentra que a través de las sesiones los pacientes mostraron cambios conductuales que beneficiaron su estado de ánimo, por lo que el autor menciona en sus conclusiones los resultados terapéuticos favorables de esta técnica, la cual ayudó a mejorar en los pacientes los canales de comunicación, la socialización y su autoestima.

Al realizar el rastreo en el repositorio y las bases de datos de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, se encontró que no existen investigaciones acerca de la musicoterapia en relación al Alzheimer. Así mismo, en la búsqueda de bibliografía a nivel nacional se cuenta con muy pocas investigaciones que realicen un estudio con relación a los temas expuestos en este trabajo.

De estas pocas investigaciones encontradas se observa que centran su objetivo en los efectos que tiene la musicoterapia en la EA, sobre cómo busca realizar una sensibilización cognitiva ayudando a que los procesos que se ven afectados, como la memoria y la atención,

sean reforzados, más no en detener la sintomatología. En este sentido, ninguna investigación ha centrado su objetivo en conocer cuáles son las experiencias de los pacientes diagnosticados con Alzheimer al participar en terapias alternativas como la musicoterapia.

Ahora bien, Ariziaga (1999) hizo una revisión bibliográfica sobre la epidemiología de las demencias, este trabajo el autor refiere a las proporciones que ha tenido y tendrá esta enfermedad, por lo cual estima que para el año 2030 al menos para Estados Unidos será de 51 millones las personas que la padecerán, por lo cual vislumbra también que esto acarreará grandes costos principalmente lo que refiere a la enfermedad del Alzheimer, la cual para el autor está directamente relacionada con la edad y hace la apreciación que la padecen los mayores de 65 años, en su estudio Ariziaga (1999) tuvo en cuenta la prevalencia, la incidencia por edad, por sexo, demografía, genético y familiares, lo que esta investigación brinda al trabajo que se realiza es visibilizar el fenómeno y una de las terapias alternativas que contribuyan a mejorar el estado de salud, en qué estado se encuentran las demencias y los factores a tener en cuenta, además, ayuda a ampliar la mirada y las nociones que se tienen al respecto.

A continuación, en la investigación realizada por Romagnoli (2013), se abarca la arteterapia, identidad y expresión en personas con la enfermedad del Alzheimer, teniendo esto en cuenta la autora manifiesta que dicha enfermedad contiene características arraigadas al deterioro cognitivo, la paulatina pérdida de memoria y progresiva falta de autonomía, por lo que la autora expresa que los tratamientos para esta enfermedad deben darse mediante una estimulación continuada, para que así puedan haber beneficios en las aptitudes cognitivas, así pues Romagnoli (2013) hace referencia a que el tratamiento desde la arteterapia permitiría hacer más foco en la persona que la enfermedad, la cual a partir de su memoria implícita faculta “plantear el proceso artístico y el encuadre arteterapéutico como herramientas que

pueden resultar efectivas para fomentar el desarrollo de la individualidad en personas en fases leve y leve-moderada de la enfermedad.” (pg. 3).

La autora, utilizó como metodología para su investigación la acción-participación como técnica para acercarse a la información, además el trabajo fue de corte cualitativo, lo que le permitió realizar el diseño desde una intervención arteterapeutica durante 6 meses en un centro especializado en demencias de la ciudad de Madrid, se trabajó en pacientes con Alzheimer de nivel leve y moderado; una de las conclusiones a las que se llegó fue:

La memoria procedimental permite a la persona desarrollar un estilo propio que muestra sus gustos e intereses. El taller brinda la oportunidad de expresión de la persona que fue en un pasado, pero, también, de la persona que es en el presente, a través de un proceso artístico que pone en evidencia las características propias que la hacen diferente a los demás. Es una reafirmación de sí mismo, es la huella, sobre un material, de la persona que todavía existe, que sigue sintiendo y experimentando a pesar de la enfermedad. (pg. 35).

Lo que este estudio aporta a la investigación que se lleva a cabo radica en cómo se hizo la intervención y la metodología que se usó, ya que es sustancialmente acorde a lo que se pretende con este trabajo, por lo que permite entender mejor la manera en que se realizan las intervenciones desde el arteterapia.

A su vez, Armenteros (2017) presentó un artículo en el que hace alusión a los factores de riesgo ambiental que están asociados con la enfermedad del Alzheimer, Armenteros (2017) expresa que se han expuesto diferentes teorías que han evidenciado que alrededor de un 10 al 20% de los casos de Alzheimer son de procedencia genética y el 80% restante está vinculado a los factores ambientales, así pues, según la autora, los factores que están principalmente relacionados con el EA son: baja reserva cognitiva, hábito de fumar, depresión, obesidad, consumo de alcohol, etc. Por lo que cada factor estaría aportando al EA

sería aproximadamente entre el 2 y el 20%, se concluye que estos factores podrían participar desde etapas tempranas de la vida y más si se mezclan con factores de orden genético.

Ahora bien, Garre-Olmo (2018), plantea un artículo a partir de una revisión de la bibliografía en el que habla de la epidemiología de la enfermedad del Alzheimer y otras demencias, en este trabajo se habla de la incidencia y mortalidad; también indica que el subtipo de demencia que se presenta con mayor regularidad es el Alzheimer y que este representa entre el 60 y el 80% de todos los casos, así mismo, el autor menciona que “la prevalencia es un indicador de carga de enfermedad en una población para un espacio temporal concreto, mientras que la incidencia es un indicador de riesgo de ocurrencia de enfermedad en una población para un período definido.” (pg. 384), de este modo, hace apreciación sobre estos dos factores, al mencionar que se acrecientan a partir de los 65 años de manera acelerada como resultado del continuo envejecimiento poblacional.

En una investigación realizada por Palau (2018) se enmarca la contextualización del estado actual de la musicoterapia a partir de una revisión integradora de la literatura y seguidamente de un estudio observacional transversal, la población de estudio fueron 22 residencias geriátricas de la provincia de Castellón, se evidencia que la musicoterapia ha sido empleada como un tratamiento que muestra resultados favorables a nivel cognitivo y conductual, en cuanto a la ansiedad y agitación y además, en los diferentes niveles de las demencias, es decir, en la etapa temprana, moderada y severa.

Así mismo, Pérez (2018) realiza una revisión bibliográfica en que indaga sobre los efectos de la musicoterapia sobre pacientes diagnosticados con Alzheimer, en su investigación comienza por definir la demencia, lo hace refiriéndose a esta como “un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, que puede afectar a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.” (pg. 1). Además, el autor expresa que esta es una de las

causas que encabezan las incapacidades, así pues, Pérez (2018) indica que la musicoterapia ayuda a ralentizar los efectos o síntomas causados por padecer una demencia, a su vez generar según Pérez (2018) resultados positivos a nivel de psicomotricidad, capacidad cognitiva, memoria, comunicación, etc.

Por otro lado, Frecha, Jerusalinsky, Cercato & Báez (2016) realizan un artículo llamado Búsqueda para el mal del Alzheimer, en este las autoras lo que hacen es indicar cuales son las afectaciones neurológicas que causan la enfermedad del Alzheimer, referente a este, ellos mencionan que es una enfermedad neurodegenerativa cuya particularidad se da por aglomeración de ciertas proteínas anormales, tanto dentro como fuera del sistema nervioso, proteínas que el organismo no es capaz de moderar o retirar, ahora bien, los enfermos de Alzheimer cuentan con una particularidad, esta se da ya que en sus cerebro se da un amontonamiento del péptido amiloide beta, esto normalmente se encuentra en células de baja concentración, pero en el momento que incrementan dichos péptidos se juntan en el espacio entre neuronas, inicialmente lo hacen en pequeños grupos y luego aumentan hasta generar fibras seniles, del mismo modo, Frecha et al. (2016) explican que:

Una proteína de las neuronas llamada proteína tau, que es esencial para el normal funcionamiento de esas células, en los enfermos de Alzheimer adquiere una disposición anormal que altera la estructura y la función de las neuronas afectadas, las cuales terminan muriendo. (prr. 3).

Luego, Frecha et al. (2016) expresan que se han venido trabajando en nuevos modelos de tratamientos los cuales progresan basados en inmunología y la biología molecular, alguno de estos es la elaboración “de anticuerpos que incluyan fragmentos de los generados naturalmente por el organismo y sean capaces de unirse con los péptidos pero tengan reducida o nula capacidad de provocar reacciones inflamatorias.” (prr. 16).

Con respecto al arte terapia Dumas y Aranguren (2013) realizaron un revisión de la bibliografía donde indican que las diferentes expresiones artísticas como la danza, la música y algunas otras permiten examinar las emociones, liberarlas y aceptarlas, lo cual conlleva a incrementar la consciencia y a su vez permite aclarar conflictos psíquicos y acercar al autoconocimiento, por lo que puede decirse que el arte terapia faculta el desarrollo personal en todos sus niveles, es decir, lo emocional, cognitivo, social y físico, además de que esta técnica puede ser usada en diferentes contextos lo que posibilita que pueda ser aplicado tanto de forma grupal como individual en entornos escolares u hospitalarios, es recomendada también para ser aplicada con niños con problemas de aprendizaje puesto que esta permite según Duma y Aranguren (2013) “la flexibilidad cognitiva, la espontaneidad, la organización e integración de elementos dispares del pensamiento y el enriquecimiento de los canales de comunicación.” (pg. 44).

Por tal razón, los investigadores se ven motivados a realizar este trabajo por la importancia de conocer sobre los efectos que la terapia alternativa, particularmente la musicoterapia tiene sobre este fenómeno, en qué estado se encuentra y como lo reciben los pacientes que participan de estas.

6. Objetivos

6.1 General.

- Describir la experiencia de tres adultos mayores diagnosticados con EA que reciben musicoterapia como tratamiento no farmacológico en el Centro Gerontológico Casa Viva ubicado en la ciudad de Bogotá, durante el año 2019.

6.2 Específicos.

- Conocer las emociones que experimentan los pacientes diagnosticados con la EA, a partir de su participación en las sesiones de musicoterapia en el CG Casa Viva (Bogotá) en el año 2019.
- Identificar el significado de la musicoterapia en los pacientes diagnosticados con la EA en relación con su comportamiento y su vida cotidiana, en el CG Casa Viva (Bogotá) en el año 2019.
- Indagar sobre cómo se manifiesta la memoria emocional de los pacientes diagnosticados con la EA a partir de participación en las sesiones de musicoterapia en el CG Casa Viva (Bogotá) en el año 2019.

7. Marco teórico

7.1 Enfermedad del Alzheimer y musicoterapia.

A continuación se exponen diferentes investigaciones que se han realizado respecto a las terapias alternativas como musicoterapia, relacionadas con la EA, y la conceptualización teórica que permiten tener un panorama más amplio, referente al fenómeno que se plantea a investigar.

7.2 Demencia.

La demencia puede concebirse como el deterioro obtenido en las competencias cognitivas que dificulta la ejecución de tareas de las actividades de la vida diaria (Fidel, et al., 2007), por su parte Peña (1999) indica que:

... es una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Normalmente esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece. (p. 9)

Referente a esto, Fidel, et al. (2007) afirman que el Alzheimer hace parte de las demencias, de las cuales avanza de manera progresiva y tiene como primeros síntomas el déficit de memoria y seguidamente aparecen otros síntomas como problemas de percepción, lenguaje y emociones.

De esta manera Peña (1999) menciona que lo que presupone el padecimiento de la EA es la aparición de trastornos que llaman la atención ya sean de orden cognitivo como problemas de memoria, de habla u orientación y de orden funcional como el desenvolvimiento para tener una vida independiente; dado esto, Peña (1999) dice que es normal que en las primeras instancias de la enfermedad esta sea confundida con otros tipos de

trastornos como lo cognitivos y de memoria que se pueden dar en el envejecimiento normal.

La fundación Alzheimer's Disease International (2018) expresan que gran cantidad de científicos han convenido en que para la enfermedad del Alzheimer:

Existen en el cerebro dos proteínas que desempeñan un papel muy activo, una es el beta-amiloide, comúnmente llamado amiloide, que alcanza unos niveles anormales en el cerebro de alguien con Alzheimer y forma placas que se acumulan entre las neuronas e interrumpen el funcionamiento celular. La otra se llama tau, la cual también alcanza niveles anormales y forma ovillos neurofibrilares que bloquean el sistema de transporte de las neuronas. Lo que los científicos desconocen es cómo se relacionan exactamente estas proteínas entre ellas, o qué hace que se acumulen hasta alcanzar unos niveles tan perjudiciales. (pg. 8)

7.3 Alzheimer.

Peña (1999) expresa que desde los comienzos de la humanidad el desarrollo del envejecimiento no ha dejado de asombrar y preocupar puesto que nadie está exento de este y de los problemas que trae consigo, por lo que en la actualidad uno de los grandes retos que enfrenta la sociedad es el envejecimientos y los diferentes tipos de demencias que se dan a raíz de este proceso.

De este mismo modo expresan Rodriguez, et al., (citados por De la Rubia, Sancho & Cabañés, 2013) que a medida que el ser humano va envejeciendo van surgiendo diversas patologías y reconocen que probablemente la que más preocupación genera es la demencia, lo cual, es debido a la manera en que se da el deterioro tanto cognitivo como motor, lo que limita su calidad de vida. Así pues, De la Rubia, et al. (2013) explican que, de las demencias, en la actualidad la que más se padece es el Alzheimer.

Ahora bien, para hablar del Alzheimer (EA) cabe hacer una contextualización histórica sobre el descubrimiento de esta demencia, para lo que Kraepelin (citado en Peña, 1999) indica que no fue sino hasta el año 1907 que se descubrió esta enfermedad cuando Alois Alzheimer, un reconocido psiquiatra alemán decidió publicar un estudio sobre uno de sus pacientes de 51 años el cual convivió con un cuadro de demencia alrededor de 4 años y quien durante el curso de su enfermedad presentó alucinaciones y desorientación y posteriormente falleció, de este modo expresa Kraepelin (citado en Peña, 1999) que:

El estudio microscópico del cerebro de este paciente permitió descubrir en el interior de las células la existencia de unas lesiones en forma de conglomerados que Alois Alzheimer denominó degeneración neurofibrilar (ovillos neurofibrilares) que coexistían con las placas seniles descritas con anterioridad por Blocq y Marines (1892) como parte de la neuropatología del envejecimiento normal. (pg. 14).

Teniendo en cuenta lo anterior, Fidel, et al. (2007), afirmaron que la EA se ha convertido en una preocupación social de grandes magnitudes, que afecta a un sin número de familias en el mundo y que preocupa a los sistemas de salud, ya que ocupa las primeras casillas como causa de muerte en países desarrollados, incluso por encima de enfermedades cardiovasculares y del cáncer, sumado a esto, lo que hace que esta enfermedad de demencia tenga un impacto de grandes proporciones, es que es irreversible y progresiva.

Así, como a continuación se profundiza, la EA es una enfermedad que atraviesa tres etapas, tal como lo indican Romano, et al. (2007); la primera etapa es la leve en la que la persona mantiene su independencia y sólo debe ser supervisado cuando lo que va a realizar son tareas complejas, la segunda etapa es la moderada, en esta según indican los autores la enfermedad ha avanzado a un nivel intermedio donde la sintomatología se ha agravado y por ende el enfermo necesitará de un cuidador para realizar tareas de la vida cotidiana y por

último se encuentra la etapa avanzada que según indican Romano, et al. (2007) la enfermedad se encuentra en un estado bastante evolucionado, por lo que la persona será completamente dependiente de un cuidador.

Esta escala se respalda a partir de diversas baterías neuropsicológicas, que permiten reconocer las fallas neuropsicológicas, que se van teniendo en el transcurrir de la enfermedad; el Test Minimental y la Escala de Deterioro Global de Reisberg, son dos de estas baterías que la apoyan y por las cuales se podría confirmar que existe una demencia tipo Alzheimer:

En la Escala de Deterioro Global (GDS) por sus siglas en inglés (Global Deterioration Scale de Reisberg), según De la Vega, Ricardo y Zambrano, Antonio (2019), se determina que la escala es la siguiente:

El GDS 1, refiere a la ausencia de alteración cognitiva, que corresponde con el individuo normal, en el que hay ausencia de quejas subjetivas y falta de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

El GDS 2, refiere a la disminución cognitiva muy leve, que es un deterioro cognitivo subjetivo, donde hay quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en el olvido de dónde ha puesto objetos que reconoce, olvido de nombres previamente bien conocidos y pleno conocimiento y valoración de la sintomatología; sin embargo no hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico, ni defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

El GDS 3, refiere a un defecto cognitivo leve, con los primeros deterioros claros con manifestaciones en una o más de las siguientes áreas: perderse en un lugar no familiar; sus compañeros de trabajo detectan rendimiento laboral pobre; las personas más cercanas ven defectos en la evocación de palabras y nombres; retiene muy poco material al leer un párrafo

de un libro; muestra una leve dificultad en el recuerdo de las personas nuevas que conoce; puede haber perdido o puesto en un lugar erróneo un objeto de valor; en la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración y un defecto objetivo de memoria que únicamente se observa con una entrevista intensiva; aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes; tiene una negación o desconocimiento de los defectos y los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

El GDS 4, describe un defecto cognitivo moderado, el cual corresponde con una demencia en estadio leve, donde se evidencian defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en: el conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes; presenta cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal; manifiesta un defecto de concentración, en la sustracción seriada de siete; disminuye su capacidad para viajes, finanzas, etc. Frecuentemente no hay defectos en la orientación en tiempo y persona; el reconocimiento de personas y caras familiares; la capacidad de desplazarse a lugares familiares; realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante, disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

El GDS 5, referencia a un defecto cognitivo moderado-grave, que se corresponde con una demencia en estadio moderado, en el que el paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia, no recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.; es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar; una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos, mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros; sabe su nombre, y

generalmente el de su pareja e hijos, no requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de la ropa adecuada.

El GDS 6, refiere a un defecto cognitivo grave, correspondiente a una demencia en estadio moderadamente grave, en el que: ocasionalmente puede olvidar el nombre de su pareja, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir; desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida; mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario; generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.; puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante; requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas; puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares; el ritmo diurno está frecuentemente alterado; casi siempre recuerda su nombre; frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno. También tiene cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: Conducta delirante: puede acusar de impostora a su pareja, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo; síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza; síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente; abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

Y el GDS 7, refiere a un defecto cognitivo muy grave, que es una demencia en estadio grave y se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades verbales; inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas, y en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos; incontinencia urinaria, por lo que requiere asistencia en el aseo y en la alimentación; se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación; el cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer, frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Por su parte, como lo afirma Rivera (2017), el Test Minimental valora el **nivel cognitivo** a partir de preguntas que van encaminadas a la orientación en tiempo y espacio, la atención, el cálculo y el lenguaje, contextualizado con el nivel educativo y la historia de vida; da a conocer tres niveles del deterioro cognitivo.

En el deterioro cognitivo moderado, la persona mayor tiene falencias en la orientación de tiempo y lugar, le falla la memoria de fijación y evocación y tiene dificultades en la atención, el cálculo y el lenguaje. En casos de no saber el diagnóstico, es muy importante que, al puntuar para este nivel de deterioro, el paciente acuda al médico para una valoración por medio de escáner o radiografía; con el fin de determinar si tiene un tumor, una lesión o alguna enfermedad cerebral que lo esté causando.

Para este nivel de deterioro se recomienda que el adulto mayor:

1. Tenga consigo escrito barrio, dirección, teléfono y cargarlo siempre.
2. Lea, escuche o vea noticias para contarlas al otro día. (3 veces por semana).
3. Juegue parqués, dominó, ajedrez y llene sopas de letras. (3 veces por semana).
4. Recuerde con el apoyo de alguien, refranes, dichos y canciones. (Cada 2 días)

En el deterioro cognitivo leve, el paciente desconoce algunos de los temas que les preguntan, como la ubicación, el cálculo mental o el lenguaje, por lo cual es necesario que tenga una estimulación para el fortalecimiento del neurodesarrollo. Si acaso, dicha estimulación no es suficiente y se evidencia mayor deterioro que antes, es necesaria una nueva evaluación y un seguimiento médico para evitar o descubrir, posibles afecciones mayores.

Para este nivel de deterioro se recomienda que el adulto mayor:

1. Realice una lista de actividades cotidianas con hora y lugar.
2. Recuerde 6 acciones que efectuó luego de levantarse (todos los días en la tarde).
3. Realice ejercicios como: cuantos zapatos son 3 pares y medio.
4. Repita en varias ocasiones un trabalenguas, (todos los días).
5. Teja, dibuje, recorte imágenes y arme rompecabezas. (3 veces por semana).

En esta escala del deterioro también se encontraría la persona sin deterioro, la cual tendría todas sus condiciones cognitivas adecuadamente, aunque pudiera tener algunas fallas normales. Sin embargo, es importante que en la edad mayor se sigan recomendaciones para evitar o retardar el deterioro, tales como:

1. Vea noticias, escuche radio, lea el periódico. (Todos los días).
2. Observe y recuerde 6 características de objetos. (Todos los días).
3. Separe y luego mezcle diferentes granos para contar el total. (1 vez al día)
4. Aprenda a pronunciar una palabra nueva cada dos días.
5. Dibuje objetos e imite el uso de los mismos.

7.3.1 Tratamientos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado cabe pensar en los diferentes tratamientos que existen para la EA. Inicialmente Peña (1999) habla de un acercamiento multidisciplinar en el que se deben abarcar los diferentes aspectos de la persona que padece Alzheimer en pro de la etapa evolutiva en la que se encuentre, por lo que los tratamientos deberán enfocarse en enriquecer la condición física del paciente, al igual que su rendimiento funcional y cognitivo.

7.3.1.1 Tratamientos Farmacológicos.

Así mismo, Peña (1999) expresa que los fármacos son una terapia que ayuda hábilmente a las personas con demencia al solucionar muchos problemas, sin embargo, estos mismo pueden presentar unas reacciones adversas que podrían empeorar su condición mental, por lo que es el médico a partir de los síntomas específicos que identifica en cada paciente y de acuerdo a sus necesidades, quien elabora el tratamiento farmacológico a usarse.

Por su parte Romano, et al. (2007), mencionan que no hay una cura existente para el EA, por lo que las terapias se centran en reducir el desarrollo de la enfermedad, controlar las diferentes afectaciones a nivel de conducta, confusión y agitación, de este mismo modo los autores manifiestan que existen varias vitaminas que ayudan al sostenimiento de las funciones cognitivas, algunas de estas son las vitaminas B12, B6 y el ácido fólico, además, Romano, et al. (2007) indican que:

Se ha probado la eficacia de fármacos anticolinesterásicos que tienen una acción inhibidora de la colinesterasa, la enzima encargada de descomponer la acetilcolina, el neurotransmisor que falta en el Alzheimer y que incide sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas. Con todo esto se ha mejorado el comportamiento del

enfermo en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad funcional y las alucinaciones, mejorando su calidad de vida. (pg. 11).

Continuando con lo anterior, Romano, et al. (2007), nombran otros tres fármacos que se encuentran a disposición para el tratamiento del EA, los cuales son donepezilo, rivastigmina y galantamina, los cuales exhiben un perfil de efectividad igual con semejanza en los efectos negativos como “alteraciones gastrointestinales, anorexia y trastornos del ritmo cardíaco”. (p. 11)

Sin embargo, el tratamiento de la enfermedad de la EA acarrea consigo diferentes problemas para su tratamiento, el cual radica en el obstáculo con el que se encuentran los médicos para descubrir el compromiso cognoscitivo según expresan Ruíz, et al. (2010), por lo que estos autores manifiestan además que varios estudios realizados han mencionado que “entre un 40 a 80% de los pacientes con demencia no se detectan ni diagnostican en los servicios de atención primaria en salud, viéndose reflejado en una falta de tratamiento lo cual incrementa los costos de la enfermedad” (p. 90), y esta circunstancia lleva además a que se den altos costos en el tratamiento de la enfermedad o que no se dé tratamiento.

7.3.1.2 Tratamiento no farmacológico.

Así, se han ido teniendo otras perspectivas con relación al tratamiento de la EA, entre ellas los tratamientos no farmacológicos o tratamiento alternativos, los cuales según Muñis & Olazarán (citados en Paulano, 2017) son definidos como una “intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (p.13), con relación a esto Paulano (2017) menciona que es de gran importancia crear un tratamiento de manera integral en

función del enfermo, el ámbito familiar y en pro de sus diferentes sintomatologías clínicas, funcionales, sociales y cognitivas.

7.3.1.2.1 Terapia.

Por otro lado, Benito (2009) manifiesta que para que una técnica sea estimada psicoterapéutica deberá fundar sus intervenciones en una hipótesis científica del funcionamiento y de la variación conductual y psicológica y debe además presentar un conglomerado estructurado de técnicas, actitudes y maneras para fomentar una mejoría en las condiciones que originan el motivo de consulta del paciente, así mismo, la psicoterapia se da desde diferentes modelos como lo son el conductual, cognitivo, existencial-humanista y el modelo sistémico.

7.3.1.2.1.1 Terapias Alternativas.

En este punto cabe mencionar las terapias alternativas, definida por López (N/A) como la habilidad del arte para tratar enfermedades, ya que el arte impulsa las destrezas propias del individuo y permite incrementar la creatividad y la expresión individual, de la misma manera, el arteterapia “se apoya en la base de la propia condición del arte, en poder reflejar y predecir los procesos personales y sociales” (p. 13).

Ahora bien, Paulano (2017) indica que para que la terapia no farmacológica funcione correctamente hay que escoger de manera adecuada el tratamiento que mejor se acomode a las necesidades del paciente, por lo que se hace necesario conocer las diferentes áreas en las que la aplicación de este tipo de tratamiento tienen incidencia, según la American Psychiatry Association (citada en Paulano, 2017) hay cuatro aspectos que se ven involucrados como lo son el enfoque emocional, terapias de aproximación a la conducta, terapia de enfoque cognitivo y terapias de estimulación, esto lo que permite es estimular la memoria y el estado

anímico del enfermo, al mismo tiempo, ayuda a minimizar los cambios de conducta y procura un grado de independencia en la persona que padece EA.

7.3.1.2.1.1.1 Musicoterapia.

En relación con lo que se viene mencionando, uno de los enfoques que tiene la terapia no farmacológica es la estimulación, la cual según expone Paulano (2017) se puede dar desde la musicoterapia, la cual es definida por la National Association Therapy (citada en Paulano, 2017) como el empleo de la música con finalidades terapéuticas, es decir, la recuperación, sostenimiento y mejora de las condiciones físicas y mentales, así pues, la musicoterapia puede entenderse como la utilización continua de la música en un contexto determinado con la finalidad de generar cambios en la conducta, por lo que se espera que estos cambios contribuyan a que la persona a quien se le aplica comience a ser más consciente de sí.

La musicoterapia según expresa Oslé (2011) no surge sino hasta el siglo XX, a partir de este entonces este tipo de terapia comienza a afianzarse como disciplina en diferentes países entre ellos Estados Unidos, además, por su reciente aparición es considerada una ciencia joven, sin embargo, la musicoterapia se ha venido trabajando paralelamente con las terapias farmacológicas, por lo que García, et al. (2017) indican que la musicoterapia, ha estado siendo estudiada como una aliada viable para las diferentes patologías, ya que desde varios estudios según indican García-Casares, et al (2017) el efecto de la música en el cerebro se sostiene desde unas bases neurobiológicas, “a través del estímulo auditivo, es capaz de activar circuitos cortico-subcorticales y del sistema límbico, así como los sistemas de recompensa emocional, provocando sensaciones de bienestar y placer” (p. 530)

Además, Gómez-Gallego y Gómez-García (citados en García-Casares, et al, 2017) realizaron un estudio en el que evidencian las mejoras a nivel cognitivo de pacientes con EA

a los que se les aplicó la musicoterapia, por lo que esta terapia en dichos pacientes influyó sobre la memoria, habiendo un incremento en esta según expresan los autores anteriormente mencionados, así mismo se observaron disminuciones del delirio, alucinaciones, agitación e irritación y trastornos del lenguaje.

Según Miranda, et al. (2017), para el procesamiento de la música que se escucha, en el cerebro existe una red muy amplia incluyendo áreas en forma bilateral como regiones temporal, frontal, parietal, cerebelo, límbicas y paralímbicas; que involucra las emociones, la percepción auditiva, la motricidad, el procesamiento del lenguaje, los circuitos de recompensa, la atención y, la memoria de trabajo, episódica y semántica. Gracias al gran avance tecnológico en neuroimágenes, como la Resonancia Magnética funcional, se pueden observar y entender todo este proceso que permite escuchar, interpretar, pensar y sentir la música; llevando a que la estructura y función del cerebro, tenga modificaciones a partir de un entrenamiento musical y la experiencia. Razón por la cual, la medicina ha usado la música para el mejoramiento de la condición humana, originando una disciplina profesional que se ha denominado musicoterapia, es decir, terapia a través de la música.

Kenneth Bruscia, citado por Miranda, et al. (2017), afirma que la “musicoterapia es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas”; tanto que es utilizada en la rehabilitación neurológica, desarrollándose a través del tiempo nuevos métodos para el mejoramiento de los déficits tanto cognitivos, motores, emocional, de lenguaje y social, en las personas que se ven afectadas por condiciones como autismo, dislexia, demencia, enfermedad de Parkinson, epilepsia y accidente cerebro vascular.

Bajo estas condiciones, Miranda, et al. (2017) afirma que los efectos se dan en las funciones cognitivas, pues en sujetos sanos escuchar la música de su agrado, puede aportar en el mejoramiento en pruebas de atención, habilidades temporo-espaciales, fluencia verbal y creatividad; asimismo algunos estudios previos controlados randomizados (pero con fallas metodológicas) en pacientes con demencia, evidenciaron que usar la musicoterapia, mejora globalmente la fluidez verbal, la cognición, la agitación, el ánimo, la ansiedad, la función cognitiva global (medida con Test Minimental) y las funciones ejecutivas (aunque el tipo etiológico de la demencia también puede determinar la respuesta terapéutica); por lo que, si bien no se puede llegar a una conclusión certera, da pie a continuar con más pruebas y mejorar los estudios con enfoques individuales, considerando siempre las preferencias musicales.

Cabe anotar que según el artículo de revista científica, escrita por Miranda, et al. (2017), aunque la memoria musical se considera independiente de otros sistemas de memoria, en observaciones a personas con la enfermedad de Alzheimer (más que en otros tipos de demencia), estos conservan por más tiempo la memoria musical. Sacks (citado por Miranda, et al., 2017) ha resaltado que aún en pacientes muy demenciados, pueden activarse al escuchar su música preferida; por lo que se asume que en el proceso neurodegenerativo, las áreas de la memoria musical se afectan poco o sólo muy tardíamente.

8. Metodología

8.1 Enfoque

La investigación será realizada desde el enfoque cualitativo, la cual, para Rodríguez, Gil, García & Jiménez (1996), define como:

Estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales—entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. (prr. 1).

8.2. Diseño.

El diseño de la investigación será fenomenológico-hermenéutico, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) se obtienen las perspectivas de los participantes. Sin embargo, en lugar de generar un modelo a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación a éste), pueden ser sentimientos, emociones: felicidad, ira, pena, dolor, determinación, tranquilidad; razonamientos, visiones, percepciones (Benner, 2008; Álvarez-Gayou, 2003; Bogden y Biklen, 2003; y Patton, 2002). De esta manera, en la fenomenología los investigadores trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias, más que abstraerlas para crear un modelo basado en sus interpretaciones como en la teoría fundamentada. (p. 493)

La investigación fenomenológica-hermenéutica, desde la perspectiva de Creswell et al., y van Manen (citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2014), se concentra en la interpretación de la experiencia humana y los “textos” de la vida. No sigue reglas específicas,

pero considera que es producto de la interacción dinámica entre las siguientes actividades de indagación: a) definir un fenómeno o problema de investigación (una preocupación constante para el investigador), b) estudiarlo y reflexionar sobre éste, c) descubrir categorías y temas esenciales del fenómeno (lo que constituye la naturaleza de la experiencia), d) describirlo y e) interpretarlo mediando diferentes significados aportados por los participantes. (p. 494)

8.3. Instrumento.

El instrumento que se va realizar para la recolección de información será la entrevista, definida por Hernández, Fernández y Baptista (2014), como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).

Se utilizará la entrevista semiestructurada, basada en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. este tipo de entrevista tiene unas características particulares que se acomodan a las necesidades de la investigación y al tipo de participantes que estarán allí.

La entrevista semiestructurada tiene un principio, y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas, es flexible, permitiendo así que las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes. La entrevista cualitativa es en buena medida anecdótica y tiene un carácter más amistoso donde el entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista; también dentro de sus características es que el contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados, es fundamental que el entrevistador ajuste su comunicación a las normas y al lenguaje del entrevistado. (pg.403).

En las entrevistas semiestructuradas las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje. (pg.403).

Para el desarrollo de éste trabajo de grado se toman como referentes de la entrevista un constructo: Musicoterapia y Alzheimer, el cual orienta la investigación y dan el curso a partir de unos sub ejes de indagación: Memoria emocional, emociones y comportamiento.

Memoria emocional: Según Justel, et al (2013) es el resultado del almacenamiento de la información que estuvo acompañada por factores alertadores a través de los cuales se fijó con más facilidad, es aquella imagen del pasado que se tiene guardada en la memoria, por tanto, la memoria es la capacidad para almacenar, retener y recordar información, es la función cerebral que gracias a las conexiones sinápticas entre las neuronas nos permite retener las experiencias pasadas. (Paul Eckman,2006).

Emociones: Estados afectivos, que experimenta el ser humano. Reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos de origen innato. (Damasio,2017).

Comportamiento: Es el conjunto de conductas por medio de las cuales el ser humano expresa o manifiesta su forma de ser, en las diferentes actividades que realiza. (Cano y Guillen, 2002).

Después de elaborar el esquema de entrevista, se hace una revisión por parte de dos profesionales, los cuales hacen una lectura objetiva y realizan unas devoluciones basadas en la estructura de las preguntas y orientadoras para unos mejores resultados en la aplicación del instrumento. Finalmente se realiza la aplicación de este, tomando en cuenta las recomendaciones de los profesionales y en los elementos que arroja la teoría.

8.3.1 Aplicación del instrumento.

El instrumento de recolección de datos luego de ser creado a través de unos ejes y sub ejes de indagación, fue sometido a una evaluación por parte de profesionales en psicología, en esta evaluación se tuvo en cuenta la relevancia, pertinencia y claridad de las preguntas, aportes que fueron utilizados en la aplicación del instrumento.

Inicialmente se debe tener en cuenta que la población investigada presenta características diferentes, son adultos mayores que padecen demencia tipo Alzheimer, con los que se debe generar empatía y en lo posible, no sentirse interrogados; por este motivo y como base principal de la aplicación del instrumento, se utilizaron dos días para el desarrollo de este, el día uno se utilizó para establecer un vínculo entre el entrevistador y la población estudiada, el objetivo de este día es realizar con ellos las actividades correspondientes al día, entre ellas, participar de los talleres, acompañamiento en espacios religiosos, un acercamiento a sus espacios y actividades individuales, socialización en los tiempos de alimentación. Con este tipo de acercamientos el entrevistador puede generar un grado de empatía, conocer cómo es el funcionamiento del hogar y cómo responden ellos a esto. En el día 2 se procede a la aplicación del instrumento de recolección de datos, se contextualiza el participante sobre el tema a investigar, se realiza la lectura en voz alta del consentimiento informado y ejecuta la firma de los participantes. Se pregunta sobre datos sociodemográficos y una breve conversación que dirija a iniciar la entrevista y por ende la grabación. Se dialogó inicialmente con la psicóloga del hogar y a través de una breve entrevista realizada, se sugiere algunas instrucciones y herramientas para la entrevista con los adultos mayores. Posterior a eso, se utilizan espacios confortables dentro de la institución, como sus habitaciones, para que se propicie confianza y una buena fluidez de la conversación, el entrevistador utiliza una estrategia mixta en la que se alternan una serie de preguntas ya estructuradas y otras

espontáneas (realizadas en el momento de acuerdo a la conversación). Finalizando la aplicación del instrumento de la investigación, se procede a transcribir cada una de las entrevistas realizadas para luego categorizar y analizar los resultados.

8.4. Participantes.

Los pacientes que estarán en nuestra investigación son 3 pacientes con EA, estos pacientes están institucionalizados en el centro gerontológico Casa viva, ubicado en la ciudad de Bogotá. Los adultos mayores que harán parte de la investigación serán quienes estén diagnosticados con EA, que su tratamiento este siendo combinado entre terapia no farmacológica y a su vez con fármacos. Los pacientes están en la edad 80 y 86 años de edad.

Caracterización:

Nombre	Edad	Diagnóstico Médico	Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico psicológico
Paciente 1	86	Vértigo, hipotiroidismo, dislipidemia, deterioro cognitivo leve.	Trastorno neurocognitivo, Mayor moderado debido a la enfermedad de Alzheimer.	Trastorno neurocognitivo, Mayor moderado debido a la enfermedad de Alzheimer.
Paciente 2	83		Trastorno neurocognitivo moderado debido a la enfermedad de Alzheimer.	Trastorno neurocognitivo moderado debido a enfermedad de Alzheimer.
Paciente 3	80	Hipertensión arterial, diabetes,	Trastorno neurocognitivo mayor leve debido a	Trastorno neurocognitivo mayor no especificado.

		mellitus tipo II, dislipidemia.	enfermedad de Alzheimer.	
--	--	------------------------------------	-----------------------------	--

Los participantes se seleccionarán mediante muestreo no probabilístico, el cual según Battaglia (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014) realiza en estudios específicos y por conveniencia, estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso. (p. 390)

8.6. Criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Pertener al centro Gerontológico Casa viva (estar institucionalizado)
- Ser adulto mayor. (entre los 70 y los 90 años).
- Estar diagnosticado con enfermedad de Alzheimer.
- Estar bajo tratamiento médico.
- Firmar el consentimiento informado.

8.7. Análisis de la información.

El análisis de la información se realizará bajo el análisis del discurso, considerado por Urra, Muñoz y Peña (2013) como algo más que el lenguaje oral o escrito, se refiere a cómo se usa el lenguaje en la realidad de los contextos sociales. Esta revisión narrativa del Análisis del Discurso (AD), que emerge de las ciencias sociales aborda el lenguaje como un evento comunicativo dentro de un contexto social en donde se sitúan las interacciones humanas. De este modo, se explora las relaciones entre los textos y la realidad haciendo visibles los discursos, sus puntos de origen, como ellos fluyen, y que los acompañan.

Se realiza el análisis de la información después de digitalizar las respuestas para identificar las categorías emergentes en términos de la comunalidad (discursos similares con relación a los ejes) o la relevancia (discursos significativos con relación a la pregunta de investigación, que no necesariamente sean expresados por todos los participantes). Al establecer las categorías se construye una breve definición que será soportada por las narrativas más significativas de las entrevistas.

En las investigaciones cualitativas según Muñoz (2003) no se busca automatizar el proceso de análisis, sino que ayuda al intérprete humano para agilizar las acciones implicadas en dicho análisis y la interpretación, como la segmentación del texto en pasajes, la codificación y la escritura de comentarios; evitando las estrategias más comunes como imprimir documentos, subrayar con convenciones y cortar las hojas para clasificar las respuestas y realizar los análisis.

Las conclusiones del ejercicio se presentan en términos de la relación entre las categorías y los ejes de indagación inicialmente establecidos, así como de los objetivos y la pregunta de investigación. La discusión corresponderá al contraste entre los hallazgos de las entrevistas y los referentes teóricos que soportaron el desarrollo del ejercicio.

8.8. Consideraciones éticas

La investigación estará fundamentada en las diferentes normatividades que generen una correcta procedencia a la hora de aplicar, la primera en la que se fundamenta la investigación es en la resolución número 8430 de 1993, del ministerio de Salud Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

De la anterior resolución se tienen en cuenta los siguientes artículos:

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.
- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f. A la producción de insumos para la salud.

De la misma resolución: título II. De la investigación en seres humanos. Capítulo 1. DE los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Se toma el artículo 5: artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

La investigación también se fundamenta en la ley 1090 del 2006, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. Esta nos brinda todas las herramientas para intervenir de una manera ética a los pacientes involucrados en la investigación, basándonos principalmente en el artículo 10. El cual dispone unas obligaciones frente a unos pacientes, llevándose a la práctica en la investigación con los participantes.

Artículo 10. Deberes y obligaciones del psicólogo. Son deberes y obligaciones del psicólogo:

- a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales;
- b) Responsabilizarse de la información que el personal auxiliar pueda revelar sin previa autorización;
- c) Llevar registro en las historias clínicas y demás acervos documentales de los casos que le son consultados;
- d) Mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales;
- e) Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión;
- f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional;
- g) Cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación de servicios en las áreas de la salud, el trabajo, la educación, la justicia y demás campos de acción del psicólogo;
- h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos.

9. Resultados

SUBEJES	CATEGORIAS	NARRATIVO		
Memoria emocional	<p>Huellas familiares:</p> <p>Hace alusión a los recuerdos y marcas que dejan los vinculos afectivos y a los que se puede acceder a través de un estímulo, en este caso la música, generando así una emoción significativa.</p>	<p>P1: "entonces en mi casa mi mamá les compró a mis hermanas una pianola qué es un piano para tocar discos también discos grandes de antes y se oía música con mis hermanas y era muy agradables y desde entonces estoy yo oyendo toda la vida música."</p>	<p>P2: "La música clásica me recuerda mucho a mi papá porque él tocaba piano, mi mama también y en la casa nos criamos con ese ambiente de música clásica pero también de boleros, también de cumbia, también de porros, había todo, allá se vivía toda clase de música, entonces según el ambiente que se viviera en ese momento pues teníamos la música indicada."</p>	<p>P3: "cuando escucho música me acuerdo de mi papi que murió cuando yo estaba jovencita"</p>
Emociones	<p>Expresión de emociones:</p> <p>Es la manera en que se manifiestan las sensaciones, los sentimientos y las reacciones afectivas.</p>	<p>P1: "la música le trae a uno recuerdos o lo pone a uno soñar"</p>	<p>P2: "si estoy nostálgica pongo boleros o pongo música clásica o pongo rancheras según el estado de ánimo pero siempre con música." "La música para mí es todo, todo todo todo, me hace recordar, me hace vivir"</p>	<p>P3: "Si, me siento más contenta." "Pues tristeza porque figurate... pues a todo el mundo le hace falta el papa"</p>
	<p>Preminencia sonora:</p> <p>Hace referencia a los gustos musicales, preferencia por un genero o tipo de música; son determinados sonidos que tienen un efecto directo en las emociones, es decir, que tienen la capacidad de evocar recuerdos, sentimientos y sensaciones.</p>	<p>P1: "a mí me gusta la música clásica, soy capaz de apreciar la música popular"</p>	<p>P2: "me fascina la clásica, me fascina el bambuco, me fascina la cumbia, me fascina el bolero, me fascina la música francesa, música alemana..."</p>	<p>P3: "toda pero más que todo la... esa que es, que no es tan genial, así como tan..."</p>
Comportamiento	<p>Conexiones sociales:</p> <p>Hace alusión a la habilidad y disposición de socializar, interactuar y pertenecer a un grupo.</p>	<p>P1: "dijeron pues... cómo baila tango y el fulano de tal baila tango, entonces me dijo: bailamos, pero el señor es sordo de un oído, entonces casi no me acomodé. ...si yo con los compañeros de la casa yo me adapto."</p>	<p>P2: "uno necesita gente alegre, a veces necesita uno gente de la época de uno, a veces necesita uno gente que lo saque de la nostalgia, entonces eso cambia según el estado de ánimo."</p>	<p>P3: "pero a veces traen músicos, muchos músicos muy cansones"</p>
	<p>Conductas individuales:</p> <p>Es el conjunto de actos que ejerce una persona ante una situación o estímulo</p>	<p>P1: "a mí me gusta compartir conmigo sola, aquí el nivel que yo pueda tener no creo, porque es gente sencilla. Esa música ordinaria y mala todo mundo conversando entonces yo almuerzo y como y me voy para el patio, pero ya discusiones ni por música porque es que es música clásica que la gente ni la conoce."</p>	<p>P2: "no pues queda uno bien, contento, porque esta uno en lo que le gusta, Uy yo pongo la cabeza en la almohada y hasta el día siguiente"</p>	<p>P3: "pues bien porque yo me acuesto en mi camita y oigo la musiquita que ponen por ahí"</p>

Además de las categorías anteriores, surgen unas categorías emergentes a partir de las entrevistas realizadas a la psicóloga y tallerista del hogar

SUBEJES	CATEGORIAS EMERGENTES	NARRATIVO	
Memoria emocional	<p>Estimulación cognitiva:</p> <p>Son determinadas actividades o estímulos, en este caso la musicoterapia, que fortalecen la función cognitiva, por ejemplo recordar información</p>	<p>T: "Yo creo que es uno de los mejores métodos que tenemos para trabajar con el alzheimer porque fuera de que generamos sentimiento, despertamos sentimiento en la expresión adecuada"</p> <p>"Podemos rescatar funciones en el Alzheimer con la música, si podemos rescatar muchas cosas."</p> <p>"Ven la música en el aspecto de que me recuerda aquello o algo que yo ya viví."</p> <p>"el más positivo es que logra uno sacarlos de ese ensimismamiento que ellos tienen por su patología y lo primero que encuentras en ellos es una sonrisa. Una sonrisa porque ellos con la musicoterapia se divierten, se divierten, logra uno extraer esa última memoria como la es, los sentimientos."</p>	<p>PS: "a todos nos gusta la música sea la que sea del gusto que tengamos, entonces es una muy buena entrada y muy buen método de empatía, sobre todo con las personas con demencia que a través de la música y de sus recuerdos nos ayudan a trabajar Mucho lo que es la estimulación cognitiva lo que yo te decía del manejo de las emociones, actividades de la vida diaria. "</p> <p>" Hay momentos en que la música también les ayuda a que ellos expresen emociones y canciones que les recuerdan situaciones del pasado alegres tristes "</p> <p>"Lo que más refuerza es la parte de la memoria, de la orientación en que ellos en algún momento podamos tenerlos en el aquí y en él ahora, cuando ellos recuerdan piden una canción y comenzando ellos dicen no me acuerdo, pero cuando la escuchan la cantan, se la saben, entonces ellos se emocionan y dicen me acordé de la canción, después ellos ya se saben el nombre en la próxima actividad la piden, eso ayuda mucho a manejar la parte cognitiva"</p>
Emociones	<p>Trascendencia emocional :</p> <p>Hace alusión a las consecuencias, impacto y resultado emocional que surgen de la aplicación de las sesiones de musicoterapia.</p>	<p>T: "Ven la música como nostálgica, ven la música en el aspecto de que me recuerda aquello o algo que yo ya viví...no; ahora la disfrutan y para ellos es ese momento y punto final."</p> <p>"Genera uno como ese momento de sosiego y de tranquilidad."</p>	<p>PS: "Pues de pronto 6 personas que durante el transcurso del día no han tenido un buen día pueden llegar al taller irritables y el simple hecho de ponerles música, de que ellos puedan escoger lo que les gusta escuchar, ayuda a bajar un poco la ansiedad y la irritabilidad. Hay momentos en que la música también les ayuda a que ellos expresen emociones y canciones que les recuerdan situaciones del pasado alegres tristes y hay muchos que la música les ayuda a aflorar todos esos sentimientos, a contarlos a las otras personas y las otras personas a escuchar, a acoger esos sentimientos del otro entonces sí ayuda mucho de pronto a generar un cambio de emociones y de comportamientos en los talleres."</p>
	<p>Primacía musical:</p> <p>Es el gusto predominante hacia determinados sonidos o generos musicales</p>	<p>T: "El inicio, la dificultad siempre con la experiencia que tengo, siempre es romper ese hielo, como romper ese parámetro, ese socavón donde ellos se encuentran, ese es el inicio, pero a la vuelta de 10 - 15 - 20 minutos ya están todos conectados bailando, brincando gritando, cantando todo!"</p> <p>"Yo creo que es uno de los mejores métodos que tenemos para trabajar con el alzheimer porque fuera de que generamos sentimiento, despertamos sentimiento en la expresión adecuada...ehh podemos utilizarla de diferente manera, sea en el momento que ellos también tienen ese.... pasan por ese nivel de estrés tan alto, con la música los podemos tranquilizar conociendo que tipo de música es que les gusta, que tipo de música es que logramos ese nivel"</p>	<p>PS: "Aspectos negativos a ver, de pronto está más enfocado de pronto a los gustos porque no a todos les gusta digamos el mismo tipo de música entonces hay algunos que les gusta más los boleros otros los tangos otros de pronto por su nivel intelectual y cultural escuchan música de salón música, clásica entonces no es tanto como aspectos negativos sino cómo saber manejar los gustos y saber enfocar los talleres y las actividades."</p>

Comportamiento	<p>Convivencia y participación:</p> <p>La participación en los talleres de musicoterapia promueve un clima de socialización y convivencia</p>	<p>T: "Mira hay algo que hemos logrado aquí que solo se percibe cuando hacemos este tipo de reuniones, es la sobreprotección que tienen entre ellos mismos, como se cuidan, como está pendiente por ejemplo de que si esa canción es la tuya, qué te gusta. Aquí tenemos a Don Alvaro Peña, le gustan mucho los tangos y todos oyen tangos y todos identifican a Alvaro Peña con los tangos entonces ellos mismos hacen inmediatamente la socialización de la música entre ellos y el apoyo pues que se dan."</p> <p>"Son más sociables entre ellos, se comunican con más facilidad entre ellos, o sea, reitero, rompes como ese hielo que hay, entonces ya empiezan ellos a conectar con una u otra cosa."</p>	<p>PS: "Ha sido bueno porque como yo te decía no es un aspecto negativo que no tengan el gusto, todos lo podemos volver positivo cuando se está en una actividad con música y cada uno pide la canción o la clase de música que le gusta esto ayuda también a que las otras personas que están en las actividad, las otras personas mayores sepan reconocer y relacionarse más con la otra persona entonces que a mí me gusta más la clásica, que a mí me gusta más los boleros, aprenden también a compartir cierto, y a respetar esa preferencia y ese gusto que tiene la otra persona. al final terminamos o terminan todos escuchando lo que le gusta al uno lo que le gusta el otro a veces hay secciones que hasta las personas que decían que no le gustaba algún tipo de música terminan pidiéndola y es muy bonito, es muy bonito porque ver usted escuchado esto, a mí me gusta el tango, a yo me lo sé y terminan todos cantando, es muy bonito esa relación de la música."</p> <p>"De la vida diaria como tal más como en relacionarse con las otras personas, en la convivencia, participación, solidaridad, a todas estas actividades ayuda la música. Fomentan todo eso, a que estén más Unidos, a que haya un sentido de pertenencia de ellos hacia la institución."</p> <p>" la solidaridad del uno hacia el otro, estar pendiente de lo que le sucede al otro, de lo que le falta al otro, de estar más Unidos como grupo y eso se consigue también a través de la música a veces uno piensa que el estar ahí sentaditos escuchando cuando viene el señor a tocar la guitarra solo están escuchando, pero no, la música genera muchos cambios, muchos sentimientos y el hecho que decirle que dentro de ocho días viene el señor que viene a tocar, ellos se emocionan"</p>
	<p>Respuestas Individuales:</p> <p>Hace referencia a las reacciones comportamentales y emocionales que se presentan en cada uno de los pacientes al recibir las sesiones de musicoterapia</p>	<p>T: "Son más tolerantes después de los talleres de musicoterapia, son más tolerantes."</p> <p>"Ahí tenemos que tener en cuenta que tenemos diferentes patologías y en cada patología hay un comportamiento en determinado momento."</p> <p>"Doña PACIENTE 1 queda con ese buen sabor, con ese "tan agradable que fue. PACIENTE 3 que es otra etapa del Alzheimer, María Elena lo disfruta, pero inmediatamente existe la desconexión, el recuerdo no está muy a largo plazo con ella."</p>	<p>PS: " la música ayuda a que ellos recuerden, manejen emociones, estén tranquilos, se puede manejar lo que es ansiedad lo que son comportamientos como irritabilidad , la solidaridad del uno hacia el otro, estar pendiente de lo que le sucede al otro"</p>

Los talleres de musicoterapia realizados en el Hogar Casa Viva se realizan a disposición de las talleristas, no se tiene una programación establecida, lo anterior se ve reflejado a partir del discurso de los participantes.

Los gustos musicales, en los resultados se posiciona como factor fundamental para el buen desarrollo de los talleres de musicoterapia, ya que los pacientes remiten que cuando escuchan la música de su preferencia logran evocar recuerdos con mayor facilidad y

participantes en su experiencia cuenta que la música que utilizan para las sesiones no es de su gusto, pues ella dice "soy muy exquisita para la música", y hace la analogía que cuando escucha música clásica logra traer a su memoria vivencias familiares importantes que recuerda con mucho sentimiento.

Es importante mencionar que las sesiones de musicoterapia a pesar de no tener una estructura técnica, logra aportar a los pacientes unos beneficios enfocados a la memoria, a la atención y a la socialización entre ellos, aunque cabe resaltar que es de suma importancia la experiencia de cada uno en particular, ya que todos a partir de sus condiciones obtiene sus beneficios de una manera individual, como ocurre en el caso de una de las participantes que se encuentra en una escala del deterioro cognitivo grave, quien logra en las sesiones participar activamente, pero cuando finaliza las sesión de inmediato existe una desconexión.

Las talleristas dentro de su quehacer, mantienen presente la importancia de realizar actividades en pro de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados allí, para ellos refieren varios tipos de ejercicios que realizan con ellos, como la musicoterapia, que para las talleristas, es una técnica de estimulación que favorece la memoria en ellos y la ralentización de la sintomatología, aunque para los adultos mayores en su discurso logran hacer una discrepancia frente al discurso de estas mencionando frases como "a mi esa música no me gusta", pero para otra de las participantes es todo lo contrario, refiere que la música para ella lo es todo.

A partir de lo anterior se deja en evidencia la importancia de conocer la experiencia de cada uno de los pacientes desde su perspectiva, ya que el objetivo principal de la investigación va más allá de saber o conocer los beneficios neurológicos, es conocer esa experiencia, percepción o emociones que se crean a partir de participar de este tratamiento

alternativo que no se puede dejar de aclarar que solo será una técnica de complemento, ya que el tratamiento farmacológico no puede suspenderse, deben ser en conjunto.

En respuesta a la entrevista semiestructurada realizada como instrumento de recolección de información, se conocen los anteriores resultados que logran dar respuesta a esos ejes de indagación que finalmente nos llevan a conocer esa experiencia que tienen los pacientes, obteniendo respuestas positivas, negativas pero que finalmente logran construir esa historia de vivencia o experiencia que se solía conocer en esta investigación.

10. Discusión

La musicoterapia como alternativa no farmacológica al tratamiento de demencias tales como el Alzheimer, resulta de gran eficacia a la hora de realizar procesos de desarrollo cognitivo. Según Sanfeliu (2008), la musicoterapia favorece la estimulación motora, la memoria y la concentración. Aunque la musicoterapia desde la cimentación de sus bases epistémicas y metódicas, comparta una misma estructura en aras de alcanzar objetivos terapéuticos puntuales (la estimulación motora, la memoria y la concentración.), no deja de ser un proceso netamente subjetivo en tanto atiende de forma específica al campo experiencial de la persona. Así, Justel, O'conor, Jaime; Rubinstein, Wanda, (2015), afirman como algunas piezas musicales favorecen el desarrollo de tales objetivos teniendo un efecto modulador activante y relajante, sobre la memoria.

Es así como en los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas, realizadas en el centro gerontológico casa viva, se evidencian como el factor de la conexión emocional (como agente subjetivo) que ha desarrollado el paciente con una determinada pieza musical, es determinante en el proceso terapéutico; pues se encontró como pacientes que fueron objeto de este tipo de terapias no lograban alcanzar tales objetivos al no poseer la conexión emocional antes mencionada con la pieza musical a la que fueron expuestos, mientras que otros pacientes al entrar en contacto con piezas musicales con un vínculo emocional específico, entran en un proceso de evocación más pronunciado que otros pacientes. De esta forma, Justel, O'conor, Jaime; Rubinstein, Wanda, (2015), demuestran cómo los efectos no son iguales, siendo que algunos estilos facilitaban el almacenamiento y la evocación de la información y, por el contrario otras interfieren en dicho proceso.

Es así como se puede inferir que la musicoterapia desde la subjetividad misma del paciente a quien se le aplica, está transversalizada por un proceso de experiencia emocional, evocada por imágenes con contenido afectivo; tal cual lo afirman Justel, et al., (2015). Estas

imágenes con contenido atienden en la mayoría de los casos a recuerdos positivos con sus familias, pues los resultados arrojados por las entrevistas, demuestran cómo los pacientes a partir de lo dicho por Justel, et al., (2015), modulan la consolidación de la memoria, en este caso, con situaciones puntuales a nivel familiar.

Dentro de los resultados encontrados por diferentes académicos como Lazo (2013), que han centrado sus estudios en el campo de la musicoterapia, refiere como a través de las sesiones los pacientes muestran cambios conductuales que benefician su estado de ánimo, ayudando a mejorar en los pacientes los canales de comunicación, la socialización y su autoestima. No obstante, los resultados obtenidos en el centro gerontológico casa viva, demuestran que los pacientes con mayor exposición a la musicoterapia no poseen mayor interés por esta, y, así mismo, sus actitudes y comportamientos frente a su situación actual no develan varianzas significativas a raíz de tales terapias.

Lo anterior es contrastable con las investigaciones realizadas por Palau (2018), donde demuestra que la musicoterapia ha tenido resultados favorables a nivel cognitivo y conductual, al igual que en los diferentes niveles de las demencias (como alzheimer), es decir, en la etapa temprana, moderada y severa.

De esta forma la no congruencia entre lo expuesto por Paul (2018), y los resultados de la presente investigación, pueden deberse a los protocolos implementados por el centro gerontológico casa viva entorno a la implementación de la técnica como tal (musicoterapia), pues no atienden de forma puntual a la condición específica de deterioro de cada paciente, por lo que las sesiones de musicoterapia son de tipo estándar y generalizado para todos, por lo cual las sesiones de musicoterapia en dichos pacientes tiene pocas repercusiones a nivel comportamental y aptitudinal.

En cuanto a la injerencia de los resultados a niveles de evocación mnémica, se encuentran resultados positivos en algunos casos en los cuales los pacientes se encuentran en una etapa

temprana de la demencia, teniendo en estos un efecto prolongado a diferencia de aquellos pacientes que poseen una demencia moderada y severa en los cuales los efectos de las sesiones de musicoterapia solo generan una sensación de confort momentáneo.

Así mismo, autores como Romagnoli (2013), sostienen como terapias adscritas dentro del espectro arteterapeutico (como la musicoterapia), para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer deben ser constantes a partir de una estimulación continuada, debido a que dicha enfermedad contiene características arraigadas al deterioro cognitivo, la paulatina pérdida de memoria y progresiva falta de autonomía, por lo cual las sesiones de musicoterapia llevadas a cabo en el centro gerontológico casa viva, no han repercutido de forma predominante sobre otras terapias no farmacológicas; pues las sesiones de musicoterapia no se desarrollan con la rigurosidad con las que se despliegan otro tipo de terapias paralelas a ésta, para encontrar mayores beneficios en las capacidades cognitivas.

11. Conclusiones

Si bien es cierto precisar que la enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia, presentado principalmente en adultos mayores, el cual es caracterizado por alteraciones en la memoria, atención y otras capacidades neurológicas y cognitivas que interfieren en el buen funcionamiento de las funciones ejecutivas.

La investigación realizada en el centro gerontológico casa viva ubicado en la ciudad de Bogotá, se lleva a cabo realizando una secuencia lógica en ejecución, donde se da respuesta a una pregunta de investigación. ¿Cuál es la experiencia de un grupo de tres adultos mayores diagnosticados con EA que reciben musicoterapia como tratamiento no farmacológico en el Centro Gerontológico Casa viva ubicado en la ciudad de Bogotá durante el año 2019?, De lo cual se obtienen las siguientes conclusiones:

Con la investigación realizada, se pudo conocer la experiencia que tienen los pacientes pertenecientes al centro gerontológico Casa Viva, al participar de las sesiones de musicoterapia, dando respuesta al objetivo general de esta investigación. Dentro de los resultados obtenidos se logra indagar de manera más detallada en la experiencia subjetiva, desde sus vivencias, sus gustos, sus particularidades, sus emociones, explorando así la técnica desde una perspectiva más fenomenológica que neurológica y funcional.

En los resultados obtenidos en la entrevista semiestructurada, se evidencia que en el centro gerontológico no se realizan los talleres de musicoterapia de una manera constante, lo cual hace que no se puedan identificar los beneficios o afectaciones al no existir continuidad

en el proceso, faltando así a la teoría donde según Romagnoli (2013) es indispensable que este tipo de técnica sea aplicada de una manera continuada para obtener mejores resultados.

Partiendo de los resultados encontrados, los adultos mayores participantes dentro de su discurso responden a una premisa que se vuelve fundamental a la hora de encontrar empatía con la técnica y es el tipo de gusto musical, se puede deducir de esto que los gustos personales influyen en el buen desarrollo y captación de los beneficios de la musicoterapia, evidenciado en que los 3 participantes mencionen sus piezas de música favorita y en lo que manifiestan que la utilización de estas son de mayor beneficio para la ejercitación de su memoria emocional. A partir de lo anterior los participantes manifiestan resultados en el funcionamiento de la memoria emocional, evocando recuerdos familiares al entrar en contacto con la música, generando en ellos sentimientos y emociones que siguen acompañando la representación de vivencias pasadas.

Se evidencia una diferencia significativa en la perspectiva que se presenta de los talleres de musicoterapia para los adultos mayores y para las profesionales que intervienen, partiendo de los beneficios, los comportamientos y desde la misma estructura de los talleres, son pocas las similitudes en las que logran coincidir. Pues al realizar las entrevistas a los profesionales encargados se enfatizan en solo resultados positivos y generalizados, que difieren de las experiencias individuales de los pacientes frente a este tipo de talleres.

12. Consideraciones finales

Cabe resaltar la importancia de realizar una valoración de la experiencia que se tuvo en el recorrer por la investigación que si bien estuvo llena de aciertos y nuevos conocimientos, también se presentaron algunos inconvenientes que se consideran necesario compartir.

Se considera necesario en el momento de elegir la población estudiada conocer el nivel de deterioro en el que se encuentran. En el momento de la aplicación de la prueba, nos encontramos con la dificultad en la comunicación con los pacientes, esto debido a que su lenguaje y otras funciones cognitivas como la atención y la memoria, presentan un grado de deterioro, lo que llevó a realizar algunos ajustes en el momento de la aplicación de la prueba que permitiera así, obtener mejor información.

Se logra evidenciar que los profesionales del centro tienen claridad del objetivo y los beneficios que aportan las terapias no farmacológicas entre ellos la musicoterapia; es notoria la buena disposición y el interés por contribuir al mejoramiento de la sintomatología de la enfermedad; sin embargo, es de suma importancia enmarcar la aplicación de esta para ver dichos resultados; partiendo de lo anterior se evidencia que la aplicación de los talleres de musicoterapia, no tienen una estructura técnica para su desarrollo, o exista un concepto claro y unificado desde la teoría, se puede patentizar que es más una forma particular de utilizar piezas musicales en los talleres sin ningún fundamento teórico de peso.

A la falta de esa estructura técnica de aplicación, se encuentra otra irregularidad para su aplicación y es que no se tiene en cuenta las características que deben tener los pacientes participantes del taller, como por ejemplo la escala del deterioro en el que se encuentran, para

partir de ahí con una aplicación acorde y donde se puedan evidenciar resultados favorables para los pacientes del centro gerontológico casa viva; la aplicación se hace de una manera general sin contar con las limitaciones que los pacientes puedan presentar, en este caso por ejemplo el paciente con una etapa de Alzheimer más avanzada mostraron diferentes resultados que el paciente con etapa leve y moderada, generando en ellos emociones más efímeras y poco trascendentales; pues cuando finaliza el taller existe nuevamente una desconexión.

Se sugiere una buena estructuración de la técnica y una secuencia prolongada, que permita evidenciar resultados. El objetivo de esta investigación es conocer la experiencia y perspectiva que tienen los pacientes diagnosticados con EA frente a los talleres de musicoterapia y en las cuales se logra evidenciar una diferencia en el discurso frente a la experiencia de los participantes y la percepción de los talleristas.

Para la aplicación de un instrumento de investigación con adultos mayores diagnosticados con EA , se debe considerar un tiempo previo para generar empatía, además en el momento de la aplicación, realizarla en un lugar confortable para el paciente que genere confianza y buena comunicación

13. Referencias bibliográficas.

- Alba, V., Ruiz, M. & Serra, S. (2014-2015). ¿Qué Aporta la Musicoterapia al Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer? Colegio La Vall, Bellaterra, Barcelona.
- Alzheimer's Disease International. (2015). Informe mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. Rev. Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International. (2018). Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre demencia: Nuevas fronteras. Rev. Alzheimer's Disease International.
- Benito, E. (2009). LAS PSICOTERAPIAS. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 1, núm. 1, abril, 2009, pp. 1-9. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Cortés, H. (2018). No se nos olvidó el día del Alzheimer. El Colombiano. 21 de septiembre de 2018. Recuperado de: <https://www.elcolombiano.com/tendencias/no-se-nos-olvido-el-dia-del-alzheimer-JY9364821>
- De la Rubia, J., Sancho, P. & Cabañés, C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, Nº 2 (Págs. 131-140).
- Dumas, M. y Aranguren, M. (2013). BENEFICIOS DEL ARTETERAPIA SOBRE LA SALUD MENTAL. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Fundación Sanitas & CEAFA. (2016). El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención. Fundación Sanitas. Barcelona, España.
- Frecha. C. et al. (2016). Búsqueda de nuevas terapias para el mal de Alzheimer. Rev. Ciencia hoy. Nº 151.
- García-Casares N, Moreno-Leiva RM, García-Arnés JA. Efecto de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revisión sistemática. Rev Neurol 2017; 65: 529-38.
- Garre-Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev Neurol 2018; 66:377-86.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill / interamericana editores, s.a. 6ª Edición. Ciudad de México, México.
- Justel, Nadia; O'conor, Jaime; Rubinstein, Wanda, Modulación de la memoria emocional a través de la música en adultos mayores: un estudio preliminar. Interdisciplinaria, vol. 32, núm. 2, [en línea]. 2015, pp. 247-259 [fecha de Consulta 23 de Septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18043528003>
- Justel, Nadia., Psyrdellis, Mariana., Ruetti, Eliana., Modulación de la memoria emocional: una revisión de los principales factores que afectan los recuerdos. Suma Psicológica [en línea]. 2013, 20(2), 163-174 [fecha de Consulta 23 de Septiembre de 2019]. ISSN: 0121-4381. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134229985003>
- Lazo, D. (2013). “Programa de musicoterapia grupal para mejorar el estado emocional de pacientes de la tercera edad que presentan depresión moderada. Universidad del Azuay.
- Ministerio de salud. (1993). *RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993*.
- Olazaran, J., Agüera, L. & Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012; 55 (10): 598-608.

- Oslé, R. (2011). Musicoterapia y psicoterapia. Rev. Avances en salud mental relacional. Vol. 10 - Núm. 2 - Octubre 2011.
- Paulano, J. (2017). Beneficios de las terapias alternativas y/o complementarias en pacientes con demencia tipo Alzheimer. Universidad de Jaén.
- Palau, R. (2018). Efectos y aplicaciones de la musicoterapia en pacientes con demencia. Universidad Jaume.
- Peña, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Fundación la Caixa. Barcelona, España.
- Pérez, J.M. (2013). Breve biografía de Alois Alzheimer. Neurociencenses and History 2013; 1(3): 125-136. Zaragoza, España.
- Pérez, R. (2018). Los Efectos de la Musicoterapia en Pacientes con Demencia. Las Palmas de Gran Canaria, 1 de junio de 2018.
- Rivera, Elizabeth (2014), Trabajo fin de máster: Aprendizaje en Museos Interactivos: ¿Motivación o Memoria Verbal? (Parque Explora – Acuario – Planetario – Centro interactivo). Universidad Internacional de La Rioja. Máster Universitario en Neuropsicología y Educación, Logroño, España. [Documento interno, no publicado] 2014, pp. 23-25, [fecha de Consulta 24 de Septiembre de 2019]. Enero, 2014.
- Rivera, Elizabeth (2017), ¿Qué mide el Test Mini-mental state examination (MMSE por sus siglas en Inglés) Mini Examen del Estado Mental? Área de Neuropsicología, Centros Vida Gerontológicos, Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos – Alcaldía de Medellín. [Documento interno, no publicado], [fecha de Consulta 24 de Septiembre de 2019]. Febrero, 2017.
- Romano, M., Nissen, M., & Del Huerto, N. (2007). Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 175 – noviembre 2007.

- Romagnoli, M. (2013). Arteterapia, identidad y expresión en personas con enfermedad de Alzheimer. Universidad de Valladolid.
- Ruetti, Eliana., Mustaca, Alba., Bentosela, Mariana., memoria emocional: efectos de la corticosterona sobre los recuerdos. *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea]. 2008, 40(3), 461-474 [fecha de Consulta 23 de Septiembre de 2019]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511493004>
- Ruíz, C., Nariño, D. & Muñoz, J. (2010). Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurol Colomb* 2010;26: Sup (3:1):87-94).
- Sanfeliu, A. (2009). La musicoterapia en contextos de violencia política. *Psicología & Emergencias*. N° 5. Noviembre de 2008 - Abril de 2009.
- Toribio, L. (2016). 800 mil mexicanos padecen Alzheimer. *Rev. Excelsior*. 22 de octubre de 2016. Recuperado de:
http://congresotrabajosocial.es/app/webroot/files/files/Ejemplos%20Referencias%20Bibliogr%C3%A1ficas_NormasAPA.pdf
- Urra, E., Muñoz, A & Peña, J. (2013) El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria* 2013;10(2):50-57. Santiago, Chile. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726290>
- Vernia, M., Martí, M. (2017). Música y palabra contra el Alzheimer. Ediciones Complutense. *Arte, indiv. soc. Arte y Demencia* 29 (Núm. Especial) 2017: 159-173.
- Villamizar, M. (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. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Muñoz, Juan, (2003), Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti. Versión 2.4. Universitat Autònoma de Barcelona. [en línea]. 2013, pp. 2 [fecha de Consulta 24 de

Septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0101.pdf>

De la Vega, Ricardo, Zambrano, Antonio (2019), Escala de deterioro global (GDS), Circunvalación del hipocampo desde 2001, [en línea]. [fecha de Consulta 24 de Septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://www.hipocampo.org/reisberg.asp>

Miranda, Marcelo, Hazard, Sergio y Miranda, Pablo, 2017, La música como una herramienta

terapéutica en medicina, Revista Chilena de Neuro-psiquiatría [en línea]. 2017; 55

(4): 266-277, [fecha de Consulta 8 de noviembre de 2019]. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0266.pdf>

14. Anexos

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de Ciencia Humanas y Sociales
Programa de Psicología
Grupo de estudio: Francy Lorena Soto, Daniela Jiménez
Proyecto de investigación: MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER.

Consentimiento Informado

Fecha: dd / mes / año

Yo _____, con documento de identidad C.C. _ T.I. otro cuál _____ No. _____, he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proyecto de investigación:

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER, liderado y asesorado por la Docente María Lizbeth Murillo Ramírez. Certifico que he sido invitado(a) a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a), contribuyendo a éste procedimiento de forma activa.

El proyecto de investigación tiene como objetivo conocer e indagar de manera fenomenológica en las experiencias, percepción y emociones que viven los pacientes institucionalizados en el hogar Geriátrico Casaviva, con las intervenciones a través del arte, más específicamente a través de la música, como tratamiento integral para la enfermedad de Alzheimer.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma del acudiente Firma del colaborador(a)
 Documento de identidad

Evaluación por profesionales en psicología:

	P	R	C	OBSERVACIONES
Menciona los miembros de tu familia.	x		x	No es necesario, no redacta una experiencia.
¿Qué edad tienes?			x	Va en los datos iniciales
¿Cuál es la canción que te hace recordar algo del pasado?	x		x	Sería mejor enfocarla a un género, no limitarlo a una canción.
¿Qué recuerdas cuando escuchas tu canción favorita?			x	Redundante
¿Qué es lo que más disfrutas recordar?	x	x	x	Coherente
¿Cuáles eventos pasados ha recordado (que antes no podías recordar) durante las sesiones de MT?		x		Es relevante, pero falta claridad de lo que se está preguntando.
¿Qué es lo que recuerdas con más facilidad?	x		x	Es similar a ¿qué es lo que más disfrutas recordar? Están enfocadas a lo mismo.
¿Que sientes al escuchar música?				
¿Qué canción te genera una emoción positiva?				Esta repetida, pero con otras palabras.
¿Qué emoción positiva has tenido en las sesiones de MT?	x	x	x	Coherente
¿Qué emoción negativa has tenido en las sesiones de MT?	x	x	x	Coherente
¿Cómo te sientes en el momento en que participas del taller de musicoterapia?				De nuevo como te sientes? Se ha indagado en varias ocasiones por el sentir. No es necesario.
¿Cómo es la sensación después de la sesión de MT?	x	x		Coherente, aunque podría ser más explícita.
¿Cuáles emociones existentes en la sesión de MT, permanecen al terminarla?		x		Muy técnica para el público objetivo
¿Te gusta estar en el taller de musicoterapia?	x		x	Básica, sin dejar de ser importante.
¿Qué es lo que más te gusta de la terapeuta?				No es relevante averiguarlo.
¿Qué es lo que menos te gusta de la terapeuta?				No es relevante averiguarlo.
¿Con quién te gustaría compartir una sección de musicoterapia?	x	x	x	Coherente.
¿Qué es lo más agradable del Centro?	x		x	Se sale un poco del tema de investigación.
¿Cuál es el momento favorito del día?				No es relevante, se sale del tema de investigación.

¿Te gusta la música? En caso del sí ¿Qué clase de música te gusta más? En caso del no ¿Por qué?				Puede ser relevante, pero no es clara.
¿Qué actividades realizan en la sesión de musicoterapia?	x	x	x	Coherente.
¿Cuáles son los aspectos negativos de la MT?				
¿Cómo te relacionas con los compañeros en el taller de MT?	x	x	x	Coherente
¿Cuáles actividades de la vida diaria se te han facilitado después de hacer sesiones de MT?	x	x	x	Coherente
¿Qué actitudes diferentes has adoptado después de una sesión de MT?	x	x	x	Coherente
Estas actitudes que has adoptado ¿Son estables en el tiempo (varios días) o son de corta duración (pocas horas - un día)?	x	x		Es confusa para el público objetivo.

En general revisar las preguntas que están diseñadas diferentes, pero que preguntan lo mismo, ya que dejan de ser productivas a la hora de recolectar información, se recomienda no descartar ninguna pregunta excepto las repetidas, pues en una investigación con este tipo de público es necesario tener varias opciones y a su vez tener la capacidad de estructurar preguntas en el momento de la entrevista según sea necesario. Otra recomendación es tener en cuenta que con este público objetivo es importante no solo por su edad, si no por su diagnóstico no emplear tecnicismos que no sea de fácil comprensión para la facilidad de los entrevistados.

Evaluador 2:

	P	R	C	OBSERVACIONES
Menciona los miembros de tu familia.				No tiene relación con el tema, solo para generar empatía
¿Qué edad tienes?				No tiene relación con el tema, solo para generar empatía
¿Cuál es la canción que te hace recordar algo del pasado?	x	x	x	
¿Qué recuerdas cuando escuchas tu canción favorita?	x	x		Reemplazar canción por música
¿Qué es lo que más disfrutas recordar?	x	x		
¿Cuáles eventos pasados ha recordado (que antes no podías recordar) durante las sesiones de MT?	x			Musicoterapia no es un concepto claro para ellos, reemplazarlo por música.
¿Qué es lo que recuerdas con más facilidad?	x	x	x	
¿Que sientes al escuchar música?	x	x	x	
¿Qué canción te genera una emoción positiva?	x	x		Reemplazar canción por música
¿Qué emoción positiva has tenido en las sesiones de MT?	x	x		Musicoterapia no es un concepto claro para ellos, reemplazarlo por música.
¿Qué emoción negativa has tenido en las sesiones de MT?	x	x		Musicoterapia no es un concepto claro para ellos, reemplazarlo por música.
¿Cómo te sientes en el momento en que participas del taller de musicoterapia?	x		x	Esta pregunta engloba algunas otras que redundan; reemplazar musicoterapia por música.
¿Cómo es la sensación después de la sesión de MT?	x	x		Reemplazar musicoterapia por música.
¿Cuáles emociones existentes en la sesión de MT, permanecen al terminarla?				No es una pregunta muy clara para ellos
¿Te gusta estar en el taller de musicoterapia?	x	x		Reemplazar musicoterapia por música.
¿Qué es lo que más te gusta de la terapeuta?			x	No tiene relación con la investigación
¿Qué es lo que menos te gusta de la terapeuta?			x	No tiene relación con la investigación
¿Con quién te gustaría compartir una sección de musicoterapia?	x	x		Reemplazar sección de musicoterapia por un espacio musical, o disfrutar de la música
¿Qué es lo más agradable del Centro?			x	No tiene relación con la investigación, pero puede arrojar datos relevantes para los profesionales

¿Cuál es el momento favorito del día?			x	No tiene relación con la investigación, puede utilizarse para generar empatía, deben hacerlos sentir que están en una conversación y no en un interrogatorio
¿Te gusta la música? En caso del sí ¿Qué clase de música te gusta más? En caso del no ¿Por qué?	x	x	x	Pregunta muy acorde, pero debe aplicarse inicialmente para que pueda guiar las demás preguntas.
¿Cuál es tu canción favorita?				Reemplazar canción por música, es difícil que recuerden el nombre de una canción.
¿Qué actividades realizan en la sesión de musicoterapia?	x	x		Reemplazar el concepto de musicoterapia, por música
¿Cuáles son los aspectos positivos de la MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Cuáles son los aspectos negativos de la MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Cómo te relacionas con los compañeros en el taller de MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Qué dificultades encuentras a la hora de realizar la sesión de MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Alguna vez has tenido un comportamiento diferente (positivo o negativo) en las sesiones de MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Qué comportamiento negativo has dejado de tener, al disfrutar de la MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Cuáles actividades de la vida diaria se te han facilitado después de hacer sesiones de MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Cómo duermes después de salir de la intervención con musicoterapia?	x	x		Reemplazar intervención con musicoterapia por escuchar música
¿Qué actitudes diferentes has adoptado después de una sesión de MT?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
Estas actitudes que has adoptado ¿Son estables en el tiempo (varios días) o son de corta duración (pocas horas - un día)?	x	x	x	Esta pregunta es más acorde para la psicóloga y tallerista del hogar
¿Durante las sesiones qué recuerdo tienes de algún miembro de tu familia?	x	x	x	

8. Anexos

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de Ciencia Humanas y Sociales
Programa de Psicología
Grupo de estudio: Francy Lorena Soto, Daniela Jiménez
Proyecto de investigación: MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER.

Consentimiento Informado

Fecha: dd / mes / año

Yo Maria Lizbeth Murillo Ramirez, con documento de identidad C.C. T.I. otro cuál No.

2020 1 7 5 2021, he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proyecto de investigación:

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER, liderado y asesorado por la Docente María Lizbeth Murillo Ramírez. Certifico que he sido invitado(a) a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a), contribuyendo a éste procedimiento de forma activa.

El proyecto de investigación tiene como objetivo conocer e indagar de manera fenomenológica en las experiencias, percepción y emociones que viven los pacientes institucionalizados en el hogar Geriátrico Casaviva, con las intervenciones a través del arte, más específicamente a través de la música, como tratamiento integral para la enfermedad de Alzheimer.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Maria Lizbeth Murillo Ramirez, Documento P. 20275281 Bogotá

Firma del acudiente Firma del colaborador(a)
 Documento de identidad

8. Anexos

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de Ciencia Humanas y Sociales
Programa de Psicología
Grupo de estudio: Francy Lorena Soto, Daniela Jiménez
Proyecto de investigación: MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER.

Consentimiento Informado

Fecha: dd / mes / año

Yo Beatriz Angel Zuloaga, con documento de identidad C.C. T.I. otro cuál 20.001.603 No.

_____ he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proyecto de investigación:

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER, liderado y asesorado por la Docente María Lizbeth Murillo Ramírez. Certifico que he sido invitado(a) a participar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a), contribuyendo a éste procedimiento de forma activa.

El proyecto de investigación tiene como objetivo conocer e indagar de manera fenomenológica en las experiencias, percepción y emociones que viven los pacientes institucionalizados en el hogar Geriátrico Casaviva, con las intervenciones a través del arte, más específicamente a través de la música, como tratamiento integral para la enfermedad de Alzheimer.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Beatriz Angel Zuloaga
 Firma del acudiente Firma del colaborador(a)
 Documento de identidad CC, 20.001.603

8. Anexos

Corporación Universitaria Minuto de Dios
 Facultad de Ciencia Humanas y Sociales
 Programa de Psicología
 Grupo de estudio: Francy Lorena Soto, Daniela Jiménez
 Proyecto de investigación: MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER.

Consentimiento Informado

Fecha: dd / mes / año

Yo OLGA LUISA VAN COTTEN DE JILLO, con documento de identidad C.C. _ T.I. otro cuál _____ No. CC:20142065, he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proyecto de investigación:

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ALZHEIMER, liderado y asesorado por la Docente María Lizbeth Murillo Ramírez. Certifico que he sido invitado(a) a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador(a), contribuyendo a éste procedimiento de forma activa.

El proyecto de investigación tiene como objetivo conocer e indagar de manera fenomenológica en las experiencias, percepción y emociones que viven los pacientes institucionalizados en el hogar Geriátrico Casaviva, con las intervenciones a través del arte, más específicamente a través de la música, como tratamiento integral para la enfermedad de Alzheimer.

Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Olga Van Cotten de Jillo, CC: 20142065
 Firma del acudiente Firma del colaborador(a)
 Documento de identidad

Transcripción entrevistas

ENTREVISTA PACIENTE 1

PACIENTE 1: Tengo mucha historia musical y mira todo lo que tengo

ENTREVISTADOR: Si eso he notado un montón de cds

PACIENTE 1: y yo no sé ya no me he atrevido, no tengo donde tocarlos pero no sé si alcanzaré yo sé mi cabeza me da para oír una música o ir a un concierto porque en general aquí me molesta mucho, en general estoy muy bien pero me molesta en cuanto ruido lo que hablan estoy hablando duro en este momento puedo hablar más duro de lo que hablo pero todo lo que hablan abajo yo no alcanzo a entenderlo pero si oigo las voces porque yo entiendo como hay mucha gente sorda hay que hablar duro.

ENTREVISTADOR: ¿Y entonces qué tipo de música te gusta Doña PACIENTE 1?

PACIENTE 1: a mí me gusta la música clásica, soy capaz de apreciar la música popular y me gusta, pero la música clásica para oír yo, nos sentamos cuando estaba casada era a escuchar música de lo mejor clásica.

ENTREVISTADOR: en este momento hay alguna canción que tú digas que te hace recordar algo Hay alguna canción en específico un tipo de música que tú digas que te hace evocar algún tipo de recuerdo

PACIENTE 1: uy sí mucha y digamos que de músicaailable porque baile mucho en mi vida Me fascina bailar si me fascina bailar y empiezo a bailar, pero la parte musical es muy limitada porque no hay con quién.

ENTREVISTADOR: o sea, ¿los han traído, pero no es muy frecuente los talleres de música?

PACIENTE 1: no es no es muy frecuente los que trajeron, porque eran como un quinteto una cosa así pero no la gente que está aquí, a ver de música que hablamos en estos días, si una que otras saben cosas, pero no es gente que le fascina la música.

ENTREVISTADOR: ¿y que te hace recordar cuando escuchas este tipo de música cuando escuchas música clásica?

PACIENTE 1: siempre agradable Porque en mi casa tengo mis hermanas mayores porque mi mamá, antes yo digo que las mujeres se casaban salían de la primera comunión y volteaban a casarse entonces mi mamá de muy jovencita cuándo estaría uno pensando ahora 30 años, así que estaba pensando en novio pero estaba de noviazgo, mi mamá ya estaba viuda y mi mamá es aquella señora de allá, entonces se casaban muy jóvenes y se llenaban de muchachitos y entonces en mi casa mi mamá les compró a mis hermanas una pianola qué es un piano para tocar discos también discos grandes de antes y se oía música con mis hermanas y era muy agradables y desde entonces estoy yo oyendo toda la vida música.

ENTREVISTADOR: ¿Entonces cada vez que escuchas música recuerdas cuando tu mamá le compró la pianola a tus hermanas y colocaban música?

PACIENTE 1: Cuando yo nací ellas ya estaban grandes yo porque yo soy la tercera del segundo matrimonio de mi mamá y tuvo un periodo que no sé qué tan largo, viuda, pero en los pueblos la gente sobre todo antes de la televisión y eso pero no sé si todavía se llama muy conversona y chismosa, entonces una muchacha bien linda en un pueblo así de grande y mi mamá era acomodada la familia era muy acomodada entonces todo el mundo la vigilaba para dónde cogía y luego yo soy ya la tercera del segundo matrimonio de mi mamá.

ENTREVISTADOR: Doña PACIENTE 1 ¿Cuáles son de las cosas que usted más disfruta recordar o algo que te genere una emoción positiva?

PACIENTE 1: pues fíjate tú ,que pasada aquí fue que me empezaron a dar unas pesadillas de noche espantosas y cosas tan terribles que al día siguiente no me acordaba que eran y le dije

creo que le alcancé a contar a Magnolia, chistoseando le dije que son tan horribles mis pesadillas que me provoca al día siguiente tratar de recordarlas y hacer unos libretos terribles para televisión lo que yo estoy soñando es como para un libreto de horror en la televisión y pensé hacerlo, pero entonces en esa llegó mi hija que vive en Bélgica y estudió en Europa también y se casó allá y se quedó allá, entonces Bélgica es un país del Norte muy medieval, que son unas calles angostas y muy muy la gente muy sana por Dios, es que eso no se oye una vulgaridad o una cosa, Pero yo estoy hablando de hace 50 años que yo era estudiante, no sé cómo estará ahora, entonces con la venida de mi hija sin comentarle yo a ella que tenía pesadillas porque fue puro llegando aquí, los seis días que estuve con ella que estuvo ella aquí conmigo no tuve pesadillas y pensé, tan rico que es uno dormir sin pesadillas me puse a pensar y no sé porque, sería porque estaba muy feliz con mi hija aquí que no tuve pesadillas que hice la conexión psicológica de la época más feliz de mi vida de niña cuando estaba en el colegio, porque era muy sano, es decir como la gente tan sana tan inocente, no se oía yo por ejemplo cuando estoy muy atareada pues digo pendejo la máxima grosería que yo digo pero en el colegio era tan limpio todo éramos del mismo nivel social que eso es muy importante todo en Manizales en el colegio que no había una llave todo estaba abierto éramos semi internas era obligatorio en el colegio el Sagrado Corazón entonces Porque eran monjas era una comunidad francesa pero las religiosas algunas eran colombianas

ENTREVISTADOR: ¿entonces ahí tu interés por el francés e irte a estudiar a Bélgica?

PACIENTE 1: No lo de Bélgica fue ya después de estar aquí ya después de haber vivido un poquito y haber estado en la nacional y con esas conferencias de ese sacerdote que había estudiado en Lovaina de ahí fue la posibilidad de que nos iban a dar becas, si uno aplicaba según él en la hoja de vida le daban a uno una beca y eso es completamente a parte, para ir estudiar pero aparte era el ambiente de educación de limpieza ni una llave en un colegio, todo abierto eso es mucha Maravilla los clósets que uno tenía su pupitre, Cómo éramos semi

internas cada uno tenía. Cómo se llama el sitio donde dormía, el dormitorio que cada día tenía una celdita y se cerraba con una cortina, es que éramos todos muy sanas era sin vulgaridades, sin ladrones.

ENTREVISTADOR: ¿Bueno centrándonos en el tema de la música Doña PACIENTE 1 en este momento algún tipo de música que le genere algún tipo de emoción, que le genere felicidad tranquilidad que la ponga un poco más ansiosa?

PACIENTE 1: Es que yo hace tanto tiempo que no escucho música porque no tenía bueno en mi apartamento que yo vivía en Usaquén, entonces esto aquí es calle 140 yo vivía en la 127 que es una cosa de Usaquén, es un pueblo y se unió a Bogotá ahí era donde yo vivía. Y ahí tenía mi apartamento con una vista magnífica para los atardeceres que el atardecer siempre me emociona a mí mucho, aquí no tengo atardeceres pero tengo la terraza, entonces si no hace mucho frío yo me la paso de allá, sola tranquila, y callada.

ENTREVISTADOR: ¿De pronto cuando han venido los muchachos que tocan la guitarra o cuando han hecho las integraciones que ponen música para bailar todos que te genera esos espacios?

PACIENTE 1: Ah no esa música nada, porque esa música es muy ligera.

ENTREVISTADOR: ¿entonces no te genera nada esa música?

PACIENTE 1: A mí me gusta mucho el tango, por ejemplo, entonces yo no sé si en la conversación con Magnolia se me zafó lo del tango, en todo caso cuando me trajeron aquí la primera vez a visitar, estaban los señores es que yo no había realizado esa visita en donde comemos entonces pusieron música y dijeron pues PACIENTE 1 cómo baila tango y el fulano de tal baila tango entonces me dijo bailamos, pero el señor es sordo de un oído, entonces casi no me acomodé. El tango me fascina de música popular pasodoble, el Bolero por supuesto, pero alguna cosa que me dio emoción en la música popular no, es que es para bailar y charlar y por eso entonces no es lo que me emociona, es la música clásica, pero en

este momento habría que mirar cualquier cosa de estás que tengo por si alguna vez me traen algo que yo pueda tocar esta música si la tocaría.

ENTREVISTADOR: ¿Y de pronto si se da la oportunidad de que tengas ese espacio con quién te gustaría compartir?

PACIENTE 1: A mí me gusta compartir conmigo sola, la música le trae a uno recuerdos o lo pone a uno soñar y eso lo que te digo yo digamos aquí el nivel que yo pueda tener no creo, porque es gente sencilla.

ENTREVISTADOR: ¿y entonces de pronto te gustaría que existiera más o implementarían más este tipo de talleres?

PACIENTE 1: Pues taller, taller no hemos tenido, sino que han traído una dos veces y hemos bailado música de baile y en estos días vino un muchacho que estaba visitando una tia y tocó música de guitarra, música popular así pero no que me llegue al alma es que yo soy muy exquisita para la música sí

ENTREVISTADOR: ¿Entonces con este tipo de música puede socializar con tus compañeros con un poquito de baile y diversión?

PACIENTE 1: si yo con los compañeros de la casa yo me adapto.

ENTREVISTADOR: ¿Pero entonces no es una música con la que tú puedas soñar, con la que puedas recordar cosas?

PACIENTE 1: ¿pues música clásica?

ENTREVISTADOR: no, con la que han traído acá

PACIENTE 1: pues con los señores que vinieron a tocar nada especial como una demostración de música, pedazos de una cosa, pedazo de otra cosa, pero, así como que hubiese sido un concierto que hubiera hecho elevarme no.

ENTREVISTADOR: ¿tú me habías contado ahorita que no te sentías capaz de estar en un concierto?

PACIENTE 1: no he hecho el ensayo es decir la enormidad de una sala de conciertos, no creo, no sé mi cabeza cómo vaya a reaccionar porque tengo la cabeza en proceso de perderse, entonces que te dicho que yo soy muy intelectual entonces estos días estaba preocupada pero no he hablado con Magnolia porque ella no es médica ni es especialista en esto si yo debería tener un soporte intelectual, pero no todavía no apenas me estoy acomodando a la casa.

ENTREVISTADOR: Bueno Doña PACIENTE 1 Entonces eso sería todo por hoy vamos a finalizar acá Muchísimas gracias por el espacio.

PACIENTE 1: a mí por ejemplo así de cosas que de música digamos de la televisión nada, porque es que no dan para nada.

ENTREVISTADOR: ¿es que tienes unos gustos más particulares?

PACIENTE 1: y más educados digamos, más avanzados y que te iba a comentar ahora cuando me dijiste que ya estamos terminando digamos ponen la televisión entonces pregunto, quién está viendo una que otra vez, creo que hoy lo hice por última vez, quién está viendo la televisión yo, hay una señora que empezó a echar madrazos un día cuando yo recién llegada y yo me asusté y le pregunté a Magnolia ella me dijo es que está enferma entonces yo me hago al lado de la señora grosera que es de pronto una o dos veces al mes con no sé qué es y le digo a la gente no hay que juzgarla Hay que rezar por ella porque está enferma.

PACIENTE 1: Esa música ordinaria y mala todo mundo conversando entonces yo almuerzo y como y me voy para el patio, pero ya discusiones ni por música porque es que es música clásica que la gente ni la conoce.

ENTREVISTADOR: unos gustos muy particulares Doña PACIENTE 1.

BETARIZ: exquisitos porque he oído música toda la vida y el papá de mis hijos era de pura música entonces teníamos maravillosa música clásica, espectacular.

Aquí tengo cosas muy buenas, pero como te digo no tengo no habido estoy cumpliendo casi un año de estar aquí, pero se me ha ido muy rápido porque la casa es calmada tiene un nivel de educación bueno muy bueno no hay groserías ni malos gestos ni nada de eso, sino que tiene uno que tener paciencia.

ENTREVISTADOR: ¿y participas de todos los talleres y actividades que realizan?

PACIENTE 1: si, hoy que creo que habían dicho de ir a tomar café a un sitio por acá, pero es que ahora estoy sintiendo después de una pesadilla espantosa que tuve.

PACIENTE 1: Entonces me gusta mucho esa y las demás son talleres simples no es así la gran cosa.

ENTREVISTADOR: Claro tiene que buscar una sensibilización cognitiva, física porque obviamente todo lleva un proceso.

PACIENTE 1: Es un proceso, pero yo creo que la cabeza mía está haciendo un proceso rápido de desvirulacion entonces no he tenido ponerme pereque ni tengo a quien de mi familia porque son dos hermanos mayores que también están en ancianato.

Entrevista PACIENTE 2

ENTREVISTADOR: Bueno Doña PACIENTE 2, como me le va?

PACIENTE 2: Sin el doña

ENTREVISTADOR: Sin el doña?

PACIENTE 2: Si

ENTREVISTADOR: Bueno PACIENTE 2

PACIENTE 2: Eso suena más lindo

ENTREVISTADOR: Como me le va?

PACIENTE 2: Bien bien gracias

ENTREVISTADOR: ¿Cómo se encuentra hoy?

PACIENTE 2: Bien

ENTREVISTADOR: Si?

PACIENTE 2: Si aquí tratando de adaptarme a esta nueva vida

ENTREVISTADOR: Vamos a hablar acerca de la música, si?

PACIENTE 2: Si

ENTREVISTADOR: ¿Te gusta la música?

PACIENTE 2: Me fascina

ENTREVISTADOR: Te fascina la música

PACIENTE 2: Me fascina, yo sin música no puedo vivir

ENTREVISTADOR: ¿Qué tipo de música te gusta?

PACIENTE 2: Toda!. Me pones...es que según el ambiente, me fascina la clásica, me fascina el bambuco, me fascina la cumbia, me fascina el bolero, me fascina...toda, es que para mí la música es...en francés, la música francesa, música alemana, todo todo todo todo!

ENTREVISTADOR: ¿Te disfrutas mejor dicho absolutamente todo?

PACIENTE 2: Si toda la vida he sido así

ENTREVISTADOR: En este momento ¿hay algún tipo de música o una canción que te haga recordar algo especial?

PACIENTE 2: A ver...si he estado oyendo una canción, que me da mucha paz, que es muy bonita...a ver como es que se llama esa canción?...bueno a mi la música francesa me fascina, ahí tengo_____

ENTREVISTADOR: ¿Por qué te gusta tanto la música francesa?

PACIENTE 2: Porque mi papa era belga, me eduqué en el liceo francés y he vivido siempre como en ese ambiente francés de idioma entonces en la casa oíamos mucha música francesa y después la juventud también mucha música francesa porque en el liceo francés, pues estudiando allá, teníamos mucho ese ambiente de música francesa.

ENTREVISTADOR: En este momento ¿qué es lo que más disfrutas recordar? ¿qué te genere algún tipo de emoción, que te genere felicidad, algún recuerdo que te genere un tipo de emoción?

PACIENTE 2: Pues la música, la música, en realidad me llena mucho y si estoy sola aquí oigo mi música, si estoy nostálgica pongo boleros o pongo música clásica o pongo rancheras según el estado de ánimo pero siempre con música

ENTREVISTADOR: Bueno aquí en el hogar geriátrico, como tú ya sabes, son especialistas en terapias no farmacológicas, cierto?

PACIENTE 2: Que es no farmacológicas?...sin remedios?

ENTREVISTADOR: Sin remedios, así tal cual, son terapias donde se hace también una estimulación cognitiva pero sin necesidad de medicamentos, obviamente no se pueden sustituir pero se puede reforzar un poquito para que las enfermedades y los tipos de demencias no avancen tan rápido, entonces hay algunos talleres de musicoterapia.

PACIENTE 2: Ay chusquisimo!!!....geniales!...invitenme a todas esas cosas y voy!

ENTREVISTADOR: ¿Qué tienes tu para aportarle al centro Casa Viva sobre este tema de la música?. ¿Qué te gustaría que implementaran?

PACIENTE 2: No pues animar a la gente, animar a la gente a que se vincule y participe con la música, para mí la música es todo entonces pienso que si la gente pone como de base la música son más felices.

ENTREVISTADOR: ¿con quién te gustaría compartir este tipo de espacios, es decir las sesiones de musicoterapia?

PACIENTE 2: Este tipo de?...

ENTREVISTADOR: Este tipo de espacios donde se implementa la música ¿con quién te gustaría vivirlos?

PACIENTE 2: ¿Me vuelves a repetir la frase?

ENTREVISTADOR: Claro que si....Con quien te gustaría compartir?...vamos a plantearlo de otra manera ¿con quién te gustaría estar en un espacio donde estén poniendo tu música?.

¿Con quién te gustaría compartir un momento así?

PACIENTE 2: Depende, depende, a veces uno necesita gente alegre, a veces necesita uno gente de la época de uno, a veces necesita uno gente que lo saque de la nostalgia, entonces eso cambia según el estado de ánimo.

ENTREVISTADOR: ¿Según el estado de ánimo?

PACIENTE 2: Si

ENTREVISTADOR: Y ¿qué sensaciones o cómo se siente usted después de haber escuchado su música favorita por ejemplo?

PACIENTE 2: No pues queda uno bien, contento, porque esta uno en lo que le gusta

ENTREVISTADOR: ¿Duerme tranquila?

PACIENTE 2: Uy yo pongo la cabeza en la almohada y hasta el día siguiente!

ENTREVISTADOR: ¿Hasta el día siguiente?

PACIENTE 2: Si, me despierto a las 3 de la mañana, vuelvo y me acuesto, vuelvo y me duermo y me volteo para el otro lado y quedo bien.

ENTREVISTADOR: O sea que la música tiene un impacto muy positivo en usted doña

PACIENTE 2.

PACIENTE 2: Uy total total, yo sin música no soy nadie y como te digo me fascina la música según el lugar y la gente con que uno está, porque en un velorio pues uno pone es música de

fondo triste pero de resto según el lugar pues uno pone la música para lo que le gusta, para animar el...ese.

ENTREVISTADOR: Cuando usted escucha música, PACIENTE 2, ¿se le viene a su cabeza o recuerda alguna persona especial?

PACIENTE 2: Claro siempre!, la música siempre le recuerda a uno alguien, por ejemplo los vales, mi mama...la música clásica, mi papa...música de boleros y música de bambucos, mi esposo...música....a ver, en Estados unidos, si uno esta pues visitando a mi hermana en Estados Unidos, pone uno la música gringa y rico!...según el lugar uno va oyendo música y siempre me gusta, pero siempre que haya música. La música para mi es todo, todo todo todo, me hace recordar, me hace vivir, me hace todo todo todo.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo se ha sentido usted en el centro?

PACIENTE 2: ¿Aquí?

ENTREVISTADOR: Aquí

PACIENTE 2: ¿Sinceramente?

ENTREVISTADOR: Si

PACIENTE 2: Me estoy tratando de adaptar porque me siento todavía que no soy persona, no me he ubicado completamente entonces estoy tratando como de aceptar y vivir lo que estoy viviendo, pero me cuesta trabajo, me está costando trabajo

ENTREVISTADOR: ¿Por qué?

PACIENTE 2: Porque no está uno con la libertad de ver a los suyos, sino todo basado a que lo llamen a que si vienen a verlo a uno, ya no es lo mismo, ya no es lo mismo.

ENTREVISTADOR: ¿siente usted que con la música recuerda algún momento de su infancia, de su adolescencia? ¿Qué tipos de recuerdos trae a colación?

PACIENTE 2: Definitivamente, sí. Por ejemplo, la música clásica me recuerda mucho a mi papá porque él tocaba piano, mi mama también y en la casa nos criamos con ese ambiente de

música clásica pero también de boleros, también de cumbia, también de porros, había todo, allá se vivía toda clase de música, entonces según el ambiente que se viviera en ese momento pues teníamos la música indicada, la poníamos.

ENTREVISTADOR: ¿Todo tipo de música entonces escuchaban?

PACIENTE 2: Si todo tipo de música, todo.

ENTREVISTADOR: ¿Te resulta interesante?

PACIENTE 2: Claro y útil

ENTREVISTADOR: ¿Por qué crees tú que es interesante este tipo de investigaciones?

PACIENTE 2: Porque tú puedes ayudar mucho a la humanidad trabajando en el estado de ánimo con música, entonces tu puedes, si ves que estas en un ambiente...bueno, según el ambiente tu pones una música que te hace o animar o entristecer o volver romántica o lo que sea pero poniendo música, siempre música

ENTREVISTADOR: Siempre música, la clave siempre es la música

PACIENTE 2: Si

ENTREVISTADOR: Listo Doña PACIENTE 2 muchísimas gracias

PACIENTE 2: Que dios te bendiga, muchos éxitos, que triunfes en tu trabajo

ENTREVISTADOR: Muchísimas gracias.

Entrevista PACIENTE 3

ENTREVISTADOR: Bueno Doña PACIENTE 3 entonces a ver ¿le gusta la música?

PACIENTE 3: Si señora!

ENTREVISTADOR: ¿Le gusta muchísimo la música?

PACIENTE 3: Si señora, mucho!

ENTREVISTADOR: ¿Qué tipo de música le gusta?

PACIENTE 3: Toda!

ENTREVISTADOR: ¿Toda?

PACIENTE 3: Toda pero más que todo la...esa que es, que no es tan genial, así como tan...

ENTREVISTADOR: Como tan alborotada, como tan...que es más calmadita?

PACIENTE 3: Eso esa, si.

ENTREVISTADOR: Ok....Bueno entonces me va a contar, ha estado usted cuando los señores de casa viva han traído a los músicos? ¿Ha estado usted en las sesiones con ellos?

PACIENTE 3: A veces

ENTREVISTADOR: A veces?

PACIENTE 3: Pero a veces traen músicos, muchos músicos muy cansones

ENTREVISTADOR: Si?...o sea que ese tipo de música casi no te gusta?

PACIENTE 3: no, no me gusta, no me gusta

ENTREVISTADOR: Ok y entonces cuando has participado ¿cómo te has sentido en este tipo de espacios?

PACIENTE 3: Pues bien porque yo me acuesto en mi camita y oigo la musiquita que ponen por ahí

ENTREVISTADOR: ¿Pero entonces no has estado físicamente ahí? ¿Cuándo los han traído, no has ido físicamente?

PACIENTE 3: No porque yo desde acá las oigo, mira, todo esto es mía mira

ENTREVISTADOR: Ok, bueno, me va a contar usted doña PACIENTE 3 si usted recuerda algo, algo de su infancia, algo de sus familiares cuando escucha música?

PACIENTE 3: Bueno lógico!...cuando escucho música me acuerdo de mi papi que murió cuando yo estaba jovencita

ENTREVISTADOR: Si?

PACIENTE 3: Sii

ENTREVISTADOR: Y qué recuerdas de tu papá? Le gustaba la música?

PACIENTE 3: Si le gustaba la música y a mí también me gustaba la música

ENTREVISTADOR: Bueno en estos momentos, ¿cuál es tu momento favorito del día acá en casa viva?

PACIENTE 3: Mijita todos todos

ENTREVISTADOR: Si?...Estas contenta en el hogar?

PACIENTE 3: Si!

ENTREVISTADOR: ¿Qué es lo que más te tiene contenta?

PACIENTE 3: Pues la musiquita me gusta mucho

ENTREVISTADOR: Si?...eso es lo que más te gusta?

PACIENTE 3: Si señora

ENTREVISTADOR: ¿Y qué es lo que en estos momentos usted recuerda con más facilidad?

PACIENTE 3: Pues la musiquita que te cuento que me hace recordar a mi papi porque yo estaba jovencita y mi papi murió cuando yo estaba jovencita

ENTREVISTADOR: Entonces cuando recuerdas a tu papa ¿que sientes? ¿Qué experimentas?

PACIENTE 3: Pues tristeza porque figúrate...pues a todo el mundo le hace falta el papa, no cierto?...y más aquí que mira yo no levanto, yo no alcé las ventanas porque no me gusta estar tan oscura acá pero entonces mira...si mi china

ENTREVISTADOR: De pronto, ¿le gustaría que casa viva implementara más talleres con música?

PACIENTE 3: Si claro!

ENTREVISTADOR: y ¿cómo te sientes o cómo duermes después de que escuchas ese tipo de música? estas más tranquila? ¿O te sientes más contenta o te sientes más triste? cómo te sientes Doña PACIENTE 3?

PACIENTE 3: Si, me siento más contenta

ENTREVISTADOR: ¿Que te gusta de la tallerista?

PACIENTE 3: Pues ella es muy alegre y nos distrae mucho con sus...

ENTREVISTADOR: ¿Con sus actividades?

PACIENTE 3: Si señora

ENTREVISTADOR: O sea que disfrutas bastante ese tipo de actividades.

PACIENTE 3: Si señora, si

ENTREVISTADOR: Ok. Bueno doña PACIENTE 3, vamos a finalizar

PACIENTE 3: Se me hace muy bueno

ENTREVISTADOR: Si?..¿por qué se te hace muy bueno?

PACIENTE 3: Porque yo vi ,creo que tu miraste todo lo que me gustó a mi y con eso es que yo me distraigo, y yo pongo mucho televisión y mira con esto...si señorita.

ENTREVISTADOR: ¿Entonces pones televisión? y qué ves en la televisión?

PACIENTE 3: Pues más que todo las...como se llaman?...ay yo te voy a dar una cosita de estas, te gustan?

ENTREVISTADOR: Si claro que me gustan

PACIENTE 3: Ah bueno es con muchísimo amor

ENTREVISTADOR: ¿Ok entonces que ves en la tele Doña PACIENTE 3?

PACIENTE 3: ¿Qué veo en la tele?

ENTREVISTADOR: Aja.

PACIENTE 3: Pues todo lo que presentan

ENTREVISTADOR: Y ¿qué específicamente te gusta más? Cuando ponen noticias o cuando escuchas más musiquita o cuando ves telenovelas? ¿Qué te gusta más?

PACIENTE 3: Todo eso mija

ENTREVISTADOR: Ah bueno Doña PACIENTE 3, eso es todo por hoy, muchísimas gracias por el espacio.

PACIENTE 3: no no...estas muy linda

ENTREVISTADOR: Ay que bonita, tú también estas muy linda!

PACIENTE 3: gracias!

Entrevista TALLERISTA

ENTREVISTADOR: Bueno Doña TALLERISTA, cómo estás? Yo soy ENTREVISTADOR, estoy haciendo una investigación acerca de la importancia de la música en relación con el Alzheimer. Me gustaría que me contestaras algunas pregunticas.

TALLERISTA: Con muchísimo gusto te puedo ayudar.

ENTREVISTADOR: Primero presentarte.

TALLERISTA: Hola ¿cómo estás? Soy TALLERISTA , soy la supervisora general del hogar. Superviso las cinco áreas: enfermería, servicios generales, toda la parte de cocina y la parte del manejo de la persona que hace todos los arreglos de la empresa.

ENTREVISTADOR: ¿También realizas los talleres?

TALLERISTA: Yo soy tallerista, soy enfermera jefe, tengo una especialidad en geriatría, vengo de España, profesional en Valencia...32 años de experiencia en geriatría.

ENTREVISTADOR: Dios mio!...muy buena experiencia!. Bueno Doña TALLERISTA, me gustaría entonces que me contestaras algunas pregunticas en relación al taller de musicoterapia?.Entonces primeramente ¿cuáles son los aspectos positivos que identificas en la musicoterapia?

TALLERISTA: Ufff son muchisimos, entre ellos sobretodo, el más positivo es que logra uno sacarlos de ese ensimismamiento que ellos tienen por su patología y lo primero que encuentras en ellos es una sonrisa. Una sonrisa porque ellos con la musicoterapia se divierten, se divierten, logra uno extraer esa última memoria como la es, los sentimientos.

ENTREVISTADOR: En estos momentos ¿cuáles son las dificultades que encuentras de pronto en el momento de realizar este tipo de actividades?

TALLERISTA: El inicio, la dificultad siempre con la experiencia que tengo, siempre es romper ese hielo, como romper ese parámetro, ese socavón donde ellos se encuentran, ese es el inicio, pero a la vuelta de 10 - 15 - 20 minuticos ya están todos conectados bailando, brincando gritando, cantando todo!

ENTREVISTADOR: ¿Cómo identificas tú que se relacionan ellos entre si cuando están en este tipo de terapias?

TALLERISTA: Mira hay algo que hemos logrado aquí que solo se percibe cuando hacemos este tipo de reuniones, es la sobreprotección que tienen entre ellos mismos, como se cuidan, como está pendiente por ejemplo de que si esa canción es la tuya, qué te gusta. Aquí tenemos a Don xxxx, le gustan mucho los tangos y todos oyen tangos y todos identifican a xxxx con los tangos entonces ellos mismos hacen inmediatamente la socialización de la música entre ellos y el apoyo pues que se dan.

ENTREVISTADOR: Ok. ¿Qué comportamiento negativo han dejado de tener ellos en el momento en el que están o participan en este tipo de talleres?

TALLERISTA: Ven la música como nostálgica, ven la música en el aspecto de que me recuerda aquello o algo que yo ya viví...no; ahora la disfrutan y para ellos es ese momento y punto final.

ENTREVISTADOR: Y ¿qué aspectos positivos o cambios en el comportamiento que tengan al salir de este tipo de terapias?

TALLERISTA: Son más sociables entre ellos, se comunican con más facilidad entre ellos, o sea, reitero, rompes como ese hielo que hay, entonces ya empiezan ellos a conectar con una u otra cosa.

ENTREVISTADOR: Ok perfecto...y de pronto ¿la musicoterapia ha influido en las actividades del día a día? o sea, que mejore ciertas actividades, es decir, que puedan dormir mejor después de una sesión de musicoterapia, que puedan tener un nivel de convivencia mejor?

TALLERISTA: Son más tolerantes después de los talleres de musicoterapia, son más tolerantes.

ENTREVISTADOR: Ok

TALLERISTA: Genera uno como ese momento de sosiego y de tranquilidad.

ENTREVISTADOR: Y este tipo de actitudes que adoptan ¿son estables en el tiempo o solamente son como efímeros? ¿Pues, solamente son de unas horitas este tipo de comportamientos que logra la musicoterapia o permanecen?

TALLERISTA: Ahí tenemos que tener en cuenta que tenemos diferentes patologías y en cada patología hay un comportamiento en determinado momento, pero aquí en el hogar está muy generalizado el bienestar, el ambiente de estar bien, entonces creo que perdura y también tengo la certeza de que añoran el siguiente taller, de que están pendientes de que día es que bailamos, que día es que cantamos, que día...cuando lo vamos a hacer.

ENTREVISTADOR: Que bonito eso.

TALLERISTA: Hemos logrado eso.

ENTREVISTADOR: Ok. Cuando está presente dirigiendo los talleres ¿qué observas sobre todo en los pacientes con Alzheimer? O sea, ¿observas que si se logra como una sensibilización cognitiva en ellos? Pues...porque sabemos que el tema del Alzheimer...

TALLERISTA: Aquí tenemos a _____ que tiene una etapa muy alta en alzheimer en el que logramos mucha tranquilidad pero es momentánea, no te puedo decir otra cosa, en el momento que está escuchando la música que le gusta, en el momento de pronto que baila, en

el momento que cantamos aunque él no pronuncia, él no vocaliza, él está tranquilo, pero es momentáneo sobre todo en él.

ENTREVISTADOR: Ok. Y ¿qué observas por ejemplo en Paciente 1?

TALLERISTA: Doña paciente 1 queda con ese buen sabor, con ese "tan agradable que fue".

Paciente 3 que es otra etapa del Alzheimer, lo disfruta, pero inmediatamente existe la desconexión, el recuerdo no está muy a largo plazo con ella.

ENTREVISTADOR: Y con Doña PACIENTE 2 es muy nueva, pero ha estado de pronto en algún taller o todavía no le ha tocado?

TALLERISTA: Si claro ya lleva semana y media con nosotros. Doña PACIENTE 2...que noté en doña PACIENTE 2?...lo disfrutó muchísimo y se quedó con el buen sabor, o sea no lo desconectó inmediatamente.

ENTREVISTADOR: ¿De pronto alguna observación, una invitación o algo que quieras hablar del Alzheimer en relación con la música?

TALLERISTA: Yo creo que es uno de los mejores métodos que tenemos para trabajar con el alzheimer porque fuera de que generamos sentimiento, despertamos sentimiento en la expresión adecuada...ehh podemos utilizarla de diferente manera, sea en el momento que ellos también tienen ese.... pasan por ese nivel de estrés tan alto, con la música los podemos tranquilizar conociendo que tipo de música es que les gusta, que tipo de música es que logramos ese nivel

ENTREVISTADOR: Y ¿puede reforzar también algunas funciones que el Alzheimer ha deteriorado?

TALLERISTA: Podemos rescatar funciones en el Alzheimer con la música, si podemos rescatar muchas cosas.

ENTREVISTADOR: Listo doña TALLERISTA muchisimas gracias

TALLERISTA: Gracias a ti.

ENTREVISTA PSICÓLOGA:

ENTREVISTADOR: Bueno buenas tardes Ángela Mi nombre es ENTREVISTADOR soy estudiante de psicología estoy haciendo mi tesis de grado en cuál es la experiencia de los pacientes con Alzheimer en los momentos que reciben talleres de musicoterapia.

PSICÓLOGA: Bueno buenas tardes ENTREVISTADOR Mi nombre es _____ soy psicóloga egresada de la Universidad Incca de Colombia, ya con 17, 18 años de experiencia con personas mayores y pues te voy a contar la experiencia con nuestras personas mayores del hogar gerontológico Casa viva ubicado en Bogotá.

ENTREVISTADOR: Bueno primero que todo antes de empezar con las preguntas me gustaría que me hablaras un poco de lo que ves, de lo que piensas de este tema de la musicoterapia en ellos.

PSICÓLOGA: Bueno con respecto a la musicoterapia especialmente con la música, ha sido uno de los campos en donde se ha empezado a trabajar con estas personas, con las personas mayores especialmente las que tienen demencia, con cualquier tipo de demencia sea Alzheimer, vascular la que sea, ya que la música ayuda a que ellos recuerden, manejen emociones, estén tranquilos, se puede manejar lo que es ansiedad lo que son comportamientos de pronta irritabilidad y es una experiencia bastante gratificante que a todos nos gusta la música sea la que sea del gusto que tengamos, entonces es una muy buena entrada y muy buen método de empatía, sobre todo con las personas con demencia que a través de la música y de sus recuerdos nos ayudan a trabajar Mucho lo que es la estimulación cognitiva lo que yo te decía del manejo de las emociones, actividades de la vida diaria. Si es una experiencia bastante gratificante trabajar este aspecto de la música.

ENTREVISTADOR: Bueno me gustaría hacerte algunas preguntas

ENTREVISTADOR: ¿Cuáles son los aspectos positivos de la musicoterapia?

PSICÓLOGA: Bueno como te decía la musicoterapia como tal nos ayuda a trabajar con estas personas mayores desde el punto de vista tanto comportamental, emocional y como también para reforzar toda la parte cognitiva, es un aspecto bastante amplio en dónde nos podemos enfocar en cualquiera de estos aspectos a través de la música y lo positivo es que las personas responden con agrado, cuando se trabaja con música, sea en un taller formal, como es la musicoterapia o una actividad donde haya música, donde haya grupos, donde haya tríos, donde se cante, donde recordemos canciones, entonces eso es muy positivo porque de ahí podemos recoger muchas cosas y hacer muchas cosas.

ENTREVISTADOR: ¿Cuáles son los aspectos negativos que de pronto identificas con estas secciones?

PSICÓLOGA: Aspectos negativos a ver, de pronto está más enfocado de pronto a los gustos porque no a todos les gusta digamos el mismo tipo de música entonces hay algunos que les gusta más los boleros otros los tangos otros de pronto por su nivel intelectual y cultural escuchan música de salón música, clásica entonces no es tanto como aspectos negativos sino cómo saber manejar los gustos y saber enfocar los talleres y las actividades.

ENTREVISTADOR: Bueno teniendo en cuenta de que no a todos les gusta la misma música ¿cómo ves tú qué es la capacidad de relacionarse con los compañeros en los talleres?

PSICÓLOGA: Ha sido bueno porque como yo te decía no es un aspecto negativo que no tengan el gusto, todos lo podemos volver positivo cuando se está en una actividad con música y cada uno pide la canción o la clase de música que le gusta esto ayuda también a que las otras personas que están en las actividad, las otras personas mayores sepan reconocer y relacionarse más con la otra persona entonces que a mí me gusta más la clásica, que a mí me gusta más los boleros, aprenden también a compartir cierto, y a respetar esa preferencia y ese gusto que tiene la otra persona. al final terminamos o terminan todos escuchando lo que le gusta al uno lo que le gusta el otro a veces hay secciones que hasta las personas que decían

que no le gustaba algún tipo de música terminan pidiéndola y es muy bonito, es muy bonito porque ver usted escuchado esto, a mí me gusta el tango, a yo me lo sé y terminan todos cantando, es muy bonito esa relación de la música.

ENTREVISTADOR: Bueno alguna vez en el momento en que se realizan los talleres ¿han identificado otro tipo de comportamientos tanto positivos como negativos?

PSICÓLOGA: Pues de pronto 6 personas que durante el transcurso del día no han tenido un buen día pueden llegar al taller irritables y el simple hecho de ponerles música, de que ellos puedan escoger lo que les gusta escuchar, ayuda a bajar un poco la ansiedad y la irritabilidad. Hay momentos en que la música también les ayuda a que ellos expresen emociones y canciones que les recuerdan situaciones del pasado alegres tristes y hay muchos que la música les ayuda a aflorar todos esos sentimientos, a contarlos a las otras personas y las otras personas a escuchar, a acoger esos sentimientos del otro entonces sí ayuda mucho de pronto a generar un cambio de emociones y de comportamientos en los talleres.

ENTREVISTADOR: De pronto de este tipo de actividades ¿Cuáles actividades de la vida diaria se han facilitado después de esta terapia?

PSICÓLOGA: De la vida diaria como tal más como en relacionarse con las otras personas, en la convivencia, participación, solidaridad, a todas estas actividades ayuda la música.

Fomentan todo eso, a que estén más Unidos, a que haya un sentido de pertenencia de ellos hacia la institución.

ENTREVISTADOR: ¿Qué tipo de actitudes adoptan después de estar en el momento más íntegro de socializar con los compañeros?

PSICÓLOGA: Actitudes lo que te dije ahorita, la solidaridad del uno hacia el otro, estar pendiente de lo que le sucede al otro, de lo que le falta al otro, de estar más Unidos como grupo y eso se consigue también a través de la música a veces uno piensa que el estar ahí sentaditos escuchando cuando viene el señor a tocar la guitarra solo están escuchando, pero

no, la música genera muchos cambios, muchos sentimientos y el hecho que decirle que dentro de ocho días viene el señor que viene a tocar, ellos se emocionan están pendientes el uno le dice al otro ya mañana viene el señor estemos listos a las 2, entonces si hay cambio de actitud.

ENTREVISTADOR: ¿y ese tipo de comportamientos actitudes son estables en el tiempo varios días o son de corta duración?

PSICÓLOGA: De pronto con las personas con demencia no es que sea de muy larga duración ya depende de uno como el tallerista uno como terapeuta uno como psicóloga, de estar reforzando, tú sabes que lo que es la memoria de pronto se desorienta en el espacio pero el estar en el diario reforzando esas actitudes, esos comportamientos, buscar que todos los días cuando se pueda ponerles música, hacer las actividades, música combinada con baile que también les gusta mucho entonces eso ayuda a reforzar todos esos comportamientos ¡les gusta mucho la pachanga!.

ENTREVISTADOR: Para finalizar una conclusión o una invitación acerca de lo que es musicoterapia en relación con el Alzheimer de acuerdo a tu experiencia y años de experiencia con este tipo de pacientes

PSICÓLOGA: Pues invitación a trabajar, a trabajar con la música ya ahorita antes uno hablaba de musicoterapia y era como el taller formal, hay que hacer la actividad del taller formal que se tiene pero también hay que buscar muchos aspectos con la música no solamente en ese espacio sino como yo te decía música con baile música, cuando se hace en los talleres de estimulación cognitiva, música cuando alguien está ahí quiere aflorar sentimientos, la música sirve para todo y en todo momento entonces, y más con las personas con Alzheimer. Lo que más refuerza es la parte de la memoria, de la orientación en que ellos en algún momento podamos tenerlos en el aquí y en él ahora, cuando ellos recuerdan piden una canción y comenzando ellos dicen no me acuerdo pero cuando la escuchan la cantan, se

la saben, entonces ellos se emocionan y dicen me acordé de la canción después ellos ya se saben el nombre en la próxima actividad la piden, eso ayuda mucho a manejar la parte cognitiva, la parte emocional y la parte de convivencia sobre todo que es en un centro o en un hogar en dónde es a veces muy difícil. La música ayuda a que ellos sean solidarios entre ellos y que generen sentido de pertenencia en el sitio donde ellos habitan.

Pregunta problematizadora	Ejes de indagacion	Subejes de indagacion	Preguntas
¿Cuál es la experiencia de tres adultos mayores diagnosticados con EA que reciben musicoterapia como tratamiento no farmacológico en el Centro Gerontológico Casa viva ubicado en la ciudad de Bogotá, durante el año 2019?	<p>Memoria emocional: Según Justel, et al (2013)” es el resultado del almacenamiento de la información que estuvo acompañada por factores alertadores a través de los cuales se fijó con más facilidad.</p>	<p>Recuerdos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es lo que más disfrutas recordar? 2. ¿Qué es lo que recuerdas con más facilidad? 3. ¿Qué recuerdas cuando escuchas tu canción favorita? 4. ¿Cuáles eventos pasados ha recordado (que antes no podías recordar) durante las sesiones de MT? 5. ¿Durante las sesiones que recuerdes tienes de algún miembro de tu familia?
	<p>Emociones: Estados afectivos, que experimenta el ser humano. Reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos de origen innato.(Damasio,2017)</p>	<p>Emociones Basicas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo te sientes en el momento en que participas del taller de musicoterapia? 2. ¿Cómo es la sensación después de la sesión de MT? 3. ¿que sientes al escuchar música? 4. ¿Cuáles emociones existentes en la sesión de MT, permanecen al terminarla?
	<p>Comportamiento: Es el conjunto de conductas por medio de las cuales el ser humano expresa o manifiesta su forma de ser, en las diferentes actividades que realiza.(Cano y guillen,2002)</p>	<p>Experiencia de cambio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué actitudes diferentes has adoptado después de una sesión de MT? Estas actitudes que has adoptado ¿Son estables en el tiempo (varios días) o son de corta duración (pocas horas - un día)? 2. ¿Qué tipo de actitudes adoptan después de estar en el momento más íntegro de socializar con los compañeros? 3. ¿Cómo te relacionas con los compañeros en el taller de MT? 4. ¿Qué comportamiento positivos o negativos presentas en las secciones de MT? 5. ¿Cuáles actividades de la vida diaria se han facilitado después de participar de la sección de MT? 6. ¿Cómo duermes después de salir de la intervención con musicoterapia?