



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MUSICOTERAPIA APLICADA EN PACIENTES

CON DEMENCIA

2011 – 2012

INFORME DE PRÁCTICAS QUE

PARA ÓBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ABIGAIL DÍAZ BARRÓN

DIRECTORA DEL PROYECTO: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

REVISORA: ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE-CORIA



Ciudad Universitaria

Diciembre, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM.151
2013

M-

TPs.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	7
1.1 Concepto de Demencia.....	7
1.2 Antecedentes Históricos.....	9
1.3 Etiología.....	11
1.4 Epidemiología.....	12
1.5 Clasificación.....	13
1.6 Características.....	15
1.7 Evolución de la enfermedad.....	18
1.8 Factores de riesgo.....	25
1.9 Evaluación y Diagnóstico.....	27
1.10 Tratamiento.....	29
1.11 Musicoterapia.....	32
1.11.1 Concepto.....	33
1.11.2 Antecedentes Históricos.....	35
1.11.3 Musicoterapia aplicada a la clínica.....	38
1.11.4 Musicoterapia aplicada en las Demencias.....	39
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	42
Objetivo general.....	42
Objetivos específicos.....	42
Población.....	43
Espacio de trabajo.....	43
Fases.....	44
Diagrama de Gantt.....	45
Cartas descriptivas.....	46
Materiales.....	56
Estrategias de evaluación.....	57
RESULTADOS	58
DISCUSIÓN	66

CONCLUSIÓN.....	69
ANEXOS.....	72
REFERENCIAS.....	91

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el mundo contemporáneo se ha dado a conocer por un sin número de cambios culminantes, es por eso importante mencionar que uno de los aspectos más sobresalientes es el aumento de duración promedio de vida, ya que ha sido influida por una multiplicidad de factores, tal como un avance médico, farmacológico, nutricional, científico y tecnológico han dado como resultado la prevención y curación de muchas enfermedades lo cual ha repercutido de manera favorable en la esperanza de vida de la población mundial (Estrella, 2007).

Actualmente padecer una enfermedad no significa la muerte, sino la búsqueda en cuanto a calidad, tiempo y trato de esta misma, y así generar sociedades con índices elevados de supervivencia y un proceso de envejecimiento progresivo.

El envejecimiento es un proceso irreversible e involuntario que opera acumulativamente con el tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales: físicos, biológicos, psicológicos y sociales (Galicia A., 2008).

En América Latina, entre 2000 y 2025 se duplicará el número de mayores de 65 años; luego en el 2050 se duplicará nuevamente, dando como resultado 136 millones, que constituirán el 17% de población latinoamericana (Estrella, 2007).

La senectud se hace presente a partir de los 65 años en adelante a su vez considerada la tercera edad, se percibe como la etapa de enlace o conexión a múltiples enfermedades representadas ante una pérdida de salud física y mental.

Cabe destacar que con el paso del tiempo se hacen presentes una serie de cambios cognitivos, físicos, psicológicos y sociales- que hasta cierto punto son normales dentro de una edad avanzada por el contrario se estaría hablando de un daño orgánico considerado demencia debido a que el consecuente incremento de longevidad amerita su aparición.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y los criterios de clasificación de trastornos mentales en su manual CIE-10 (1992), la demencia es un síndrome clínico descrito como un deterioro de las funciones mentales superiores, secundario a un proceso adquirido, crónico y progresivo que interfiere con las actividades de la vida diaria, laboral y social, caracterizándose por alteración persistente en dos o más áreas de la actividad mental: memoria, lenguaje, habilidad viso-espacial, cognición, cambios en la personalidad y/o estado emocional.

El síndrome de demencia se hace más frecuente en la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia tipo vascular haciéndose presente en aquellas poblaciones en las que la hipertensión y los accidentes vasculares cerebrales son más comunes.

La prevalencia de la demencia es de 6.2% a nivel mundial, siendo de 8.8% para la mujer y 3.1% en el hombre. En Estados Unidos se calcula más de 4.5 millones de pacientes con demencia, de los cuales solo esta diagnosticada una cuarta parte y solo el 10% recibe un tratamiento adecuado. Sin embargo, en México el número aproximado es de 500 – 700 mil pacientes (mayores de 65 años presentan una alteración de juicio, memoria y lenguaje como consecuencia de la demencia) y quizá no esté diagnosticado ni el 25% de los casos totales (Fernández V., 2009).

En México uno de cada veinte mexicanos tiene más de 60 años, calculándose que para el año 2030 sea uno de cada ocho y que para el 2050 la cifra llegué a uno de cada cuatro (Trujillo S., 2008).

Las principales formas de demencia son la enfermedad de Alzheimer (50 – 70%), demencia vascular (30 – 50%) y otras formas de demencia, algunas asociadas a patología sistémica, infecciones degenerativas y genética (Fernández V., 2009).

La demencia es un padecimiento de curso progresivo y neurodegenerativo que necesita una atención de tratamiento preciso, específico y adecuado en el

individuo de acuerdo al tipo de demencia, así mismo si esta se diagnóstica en una fase temprana el tratamiento tendrá un mayor efecto en la vida de la persona.

La finalidad principal de un tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente en cuanto a un funcionamiento cognitivo y aspecto emocional. Es por eso que un tratamiento completo debe contar con un aspecto farmacológico y no farmacológico enfocado hacia lo terapéutico (García, 2010).

El objetivo del presente trabajo fue mejorar la calidad de vida en los pacientes a través del incremento de su estado de ánimo al intentar disminuir los niveles de ansiedad, utilizando como herramienta la musicoterapia donde se implementaron canciones de su época, instrumental e infantil –Cri-Cri- con el fin de promover recuerdos significativos del pasado que se aunaron a la presencia de emociones expresadas de forma verbal y no verbal y finalmente lograrse una relajación mental y corporal.

ANTECEDENTES

A fin de entender el tema sobre demencias se describirán desde el concepto hasta los tratamientos más actuales.

1.1 Concepto de Demencia

La evolución del concepto que se menciona en el punto anterior manifiesta por ende un progreso que imposibilita encontrar una única definición, por consiguiente se consideran los siguientes:

La palabra demencia deriva del latín de (ausencia de) + mens (mente) + ia (estado de), lo que literalmente sería un estado de privación o falta de mente de uno mismo (Myron F., 2010).

American Psychiatric Association (1994) en Mercadal-Brotons 2008, define a "La demencia como la caracteriza de un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo".

Villalpando (2006) define a la demencia es un síndrome adquirido, caracterizado por el deterioro significativo en las funciones cognitivas de un sujeto con respecto a su nivel previo de desempeño y resultando en un deterioro en su funcionalidad.

Para Burns (2005) la palabra demencia procede de la palabra latina demens, que significa, literalmente, sin juicio (García M., 2010).

La definición por el DSM-IV-TR (2003) la define como:

"La demencia se define por un decremento simultáneo de la memoria (amnesia); de las funciones cognitivas corticales localizadas, como el lenguaje (afasia), el reconocimiento (agnosia) y la ejecución de actividades motoras

(apraxia), y de las funciones de ejecución. El término "demencia" se utiliza para describir el deterioro que tiene lugar en la edad adulta, mientras que el déficit de estas funciones durante los años del desarrollo se denominan retraso mental"; p.258.

Amarista (2002) define a la demencia como una enfermedad mental caracterizada por trastornos de conductas graves, sin insight o conciencia de enfermedad, con juicio distorsionado de la realidad, cuya sintomatología predominante consiste en un deterioro progresivo del intelecto, de etiología orgánica (cerebral o sistémica), que aparece frecuentemente en la tercera edad.

El CIE-10 (1972) define

"La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La consciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad vasculocerebrales y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria. La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad del enfermo, por ejemplo, el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales. Los cambios en el modo como el enfermo desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes transculturales y factores externos que repercuten en el mercado laboral", pp.66-67.

1.2 Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia el concepto de "demencia" ha atravesado por inmensas etapas de transformación, es posible que el término se encuentre latente desde los orígenes de la humanidad en cuanto a una percepción social de la locura. El término demencia deriva del latín de (privativo) y mens (inteligencia) literalmente significa fuera de la mente (Bulbena & Cervilla, 2002 citado por Gómez, 2007). Es así que múltiples autores brindan y fundamentan sus aportaciones.

Durante el siglo I a. C. el poeta romano Titus Lucrecius uso la palabra en su obra *De rerum natura* con el sentido de "locura" o "delirio" (García, 2010). Un siglo más tarde, Areteo de Capadocia habla de demencia senil (Alberca, 1998).

Cicerón (106-43 a. C.) contemporáneo de Lucrecio en su ensayo *De Senectute* ya menciona que la pérdida de memoria en el anciano es una enfermedad cerebral que va acompañada de deterioro cognitivo y conducta anormal (García, 2010).

Juvenal, en el siglo II refirió también a la demencia senil con pesimismo y amargura (Martínez, 1998). Al pasado de varios siglos hasta que en el siglo IV d. C. Oribasio describió *la atrofia cerebral* en un cerebro anciano da im origen más *específico a la enfermedad* (García, 2010).

Pablo de Aegina (siglo VII) distinguió la demencia como condición adquirida de la amencia propia del retrato mental profundo congénito. En la Edad Media, los médicos del Islam mantuvieron conceptos y terminologías semejantes a los greco-romanos sobre la demencia y el envejecimiento cerebral (Alberca y Martínez, 1998).

Durante el siglo XVIII, el término de demencia aparece en las lenguas europeas en el siglo XIV, Francia por primera vez en 1381 describe el concepto como "locura o extravagancia". Según el *Oxford English Dictionary* el término demencia se conoce a partir de 1644 (Slachevsky y Oyarzo, 2008).

EL *Diccionario Español de Sobrino (1791)* define demencia como "locura, extravagancia, extravío, alineación del espíritu". A finales del siglo XVII, se usaron términos como amentia, imbecilidad, estupidez, simplicidad, idiotez, morosis y senilidad (Slachevsky y Oyarzo, 2008).

El nosólogo Philippe Pinel de finales del siglo XVIII, por primera vez usa el término demencia para designar una de las cinco enfermedades mentales que conllevaban la abolición de la facultad del pensamiento (Alberca, 1998).

En el siglo XIX el discípulo médico francés Jean Etienne Dominique Esquirol inicia una importante contribución al tema de la demencia, asimismo, uso el término demencia (aguda, crónica y senil) para describir la pérdida de un razonamiento (Alberca, 1998) *"El demente es como la persona que ha sido privada de su propiedad después de haber podido disfrutar de ella, es una persona rica que se ha empobrecido, el idiota siempre ha sido pobre y miserable"* (Slachevsky y Oyarzo, 2008); tras la controversia de Antonie Bayle en 1822 presenta con el trabajo clínico-patológico los síntomas físicos y mentales de una parálisis general progresiva (Slachevsky y Oyarzo, 2008).

En 1898, Binswanger introduce el término demencia presenil y hacia 1900, se individualiza la demencia senil, la demencia arterioesclerótica y algunas formas de demencias subcortical "Enfermedad de George Huntington". Morel propone diferenciar los trastornos mentales en seis categorías: hereditarias, tóxicas, asociadas con la neurosis, idiopáticas, simpáticas, y las demencias con enfermedades neurodegenerativas donde hay una pérdida progresiva del cerebro (Slachevsky y Oyarzo, 2008).

En 1906, Marie Pierre define a las demencias como el síndrome causante de diferentes enfermedades, cada una con un fenotipo clínico característico de una neuropatología específica (Slachevsky y Oyarzo, 2008). Hacia 1910 todas las demencias se catalogaron bajo el título de trastornos mentales.

Finalmente en el siglo XX, durante los primeros veinticinco años ya se había constituido el cuarteto de la demencia presenil: enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Martínez, 1998). Hasta 1950 el tema de demencias a pasos enormes provoca un auge de investigación científica, formando grupos que diferencien la demencia de otras enfermedades (García, 2010).

Martínez & Martínez (1996) en Gómez 2007 refiere con certeza que a mediados de 1970 la enfermedad Alzheimer era la causa más frecuente de demencia senil, ocupando más del 90% de la investigación. Posteriormente Alberca en 1998, menciona "la demencia es un síndrome con diferentes causas etiológicas, que comprende procesos degenerativos primarios del sistema nervioso central hasta trastornos vasculares, traumatismos craneales, tumores, etc. y en ocasiones múltiple factores" (García, 2010).

1.3 Etiología

La demencia es un síndrome que puede presentarse por diversas causas, ya que etiológicamente se debe a factores degenerativos, vasculares, tóxicos, metabólicos, traumáticos, infecciosos, tumorales, etc. La enfermedad de Alzheimer ocupa el primer lugar de frecuencia con un 50%, seguida de un 25% por la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, las demencias frontotemporales y otras de etiología mixta (Peña, 2007 y García 2010).

Toro y Yepes (2004) consideran etiológicamente la siguiente clasificación de demencias basándose en la respuesta del tratamiento:

1. Demencias tratables o reversibles
2. Demencias no tratables e irreversibles

Dentro de las demencias tratables se pueden encontrar las de origen tóxico (metales pesados, agentes químicos de industria, en especial medicamentos psicotrópicos administrados por tiempo prolongado), metabólico como encefalopatía hepática, urémica, hipotiroidea, nutricional a causa de una

deficiencia de ácido nicotínico, tiamina, vitamina B12 y ácido fólico, a causa de patologías intracraneanas por traumatismo craneano, hidrocefalia obstructiva, las de origen infeccioso (la neurocisticercosis, la tuberculosis, las encefalitis virales y la micosis). Otro tipo de demencias son las de origen viral (tratamiento inespecífico), excepto la encefalitis por herpes que se puede tratar con aciclovir en los períodos iniciales, y finalmente las de origen autoinmune (el lupus erimatoso sistémico y la colagenosis, poiarteritis nodosa).

1.4 Epidemiología

El envejecimiento es un fenómeno de suceso progresivo que a nivel mundial y especialmente en países desarrollados se ha manifestado con un incremento de prevalencia e incidencia de la demencia, la cual se encuentra entre una variabilidad del 3.5 % hasta un 28% principalmente en personas de edad superior a los 65 años es del 8 %, aunque esta cifra puede aumentar hasta duplicarse.

Bulbena y Cervilla (2002) en Gómez (2007) refieren que los últimos veinte años del siglo XX la población de edad avanzada incrementó en casi un 30% de los países desarrollados y un 80% en países en vías de desarrollo.

Actualmente la demencia es uno de los problemas de salud pública más grandes a nivel mundial - 606 millones de personas de 60 años o más- (Arango, y cols., 2003), su prevalencia va en incremento en relación a diversos factores con una mejor asistencia sanitaria y el aumento de esperanza de vida. Es por eso que se considera como la causa mayor de mortalidad y discapacidad en la población anciana (Arango, Fernández y Ardila, 2003; Gómez, 2007).

De acuerdo al estudio realizado dentro de las cuatro unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Alanís, Garza y González 2008); la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, afectando a un 10% de la población mayor de 65 años y la mitad de las personas mayores de 85 años, ocupando la tercera posición en cuanto a gastos sociales y económicos, con

un total de 18 millones y se estiman 34 millones en el año 2025. La prevalencia internacional en la mujer es de un 8.8% y en el hombre un 3.1%. En México, el número aproximado es de 500 mil a 700 mil pacientes con demencia y quizá no esté diagnosticado ni el 25%.

La Dirección General de Salud Pública y Alimentación (1ª Ed, 2007) refiere que la tasa de mortalidad advierte un aumento de la patología, a finales de los 70's la tasa se acercaba a 3 fallecimientos por 100 000 habitantes/año, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo a principios del año 2000 la tasa de mortalidad estaba entre un 22 ó 23 en varones y un 25 ó 26 en mujeres; es decir, las tasas se habían multiplicado por 8. Por otro lado la Organización Mundial de la Salud estima que las demencias causan cada año el fallecimiento de 276 000 de los cuales 93 000 son hombres y 183 000 son mujeres.

1.5 Clasificación

El Manual de diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, considera como clasificación etiológica las siguientes tablas (Cano, 2007 y Consenso Español sobre Demencias, 2005; ver tabla 1 y 2.

Tabla 1. Demencias Degenerativas Primarias	
Degenerativas	
a. Corticales	
	Enfermedad de Alzheimer Demencia con cuerpo de Lewy Demencia frontotemporal
b. Subcorticales	
	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington Parálisis supranuclear progresiva Degeneración espinocerebelar Clasificación de ganglios basales <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Wilson• Degeneración nigroestriatal• Demencia talámica
c. Otras	
	Demencia asociada a enfermedad de neurona motora Trastornos desmielinizantes <ul style="list-style-type: none">• Esclerosis múltiple• Otros Esclerosis lateral amiotrófica Epilepsia mioclónica de lafora Enfermedad de Hallervorden- Spatz

Tomado de: Martin et al., 2005.

Tabla 2. Demencias Secundarias

<p>Demencias Vasculares</p> <p>Demencia multiinfarto Estado lacunar Enfermedad de Binswanger</p> <p>Hidrocefalias</p> <p>Comunicante, a presión normal No comunicante</p> <p>Traumáticas</p> <p>Demencia postraumática Demencia pugilística Demencia posthemorragia subarac-noidea Hematoma subdural crónico</p> <p>Infeciosas</p> <p>Complejo Demencia-SIDA Enfermedad de Creutzfel-Jakob Neurosifilis Meningitis crónica Encefalitis viral Leuciofalopatía multifocal progresiva</p> <p>Demencias Neoplásicas</p> <p>Tumores (primarios o secundarios) Síndromes paraneoplásticos</p> <p>Tóxicas</p> <p>a. Alcohol y otros tóxicos</p> <p>Demencia alcohólica Demencia en politoxicomanía</p> <p>Endocrino/Metabólicas</p> <p>a. Anoxia</p> <p>Enfermedad cardíaca Insuficiencia pulmonar Anemia</p> <p>b. Insuficiencia renal</p> <p>Encefalopatía urémica Demencia por diálisis</p>	<p>Fármacos</p> <p>Anticonvulsivantes Anticolinérgicos Antineoplásicos Antihipertensivos</p> <p>b. Metales</p> <p>Demencia postintoxicación con metales pesados (Pb, Mg, Bi, Hg).</p> <p>c. Productos industriales o contaminantes</p> <p>Disolventes orgánicos (tolueno, percloroetileno). Monóxido de carbono Pesticidas, insecticidas</p> <p>c. Insuficiencia hepática</p> <p>Encefalopatía portosisteémica Degeneración hepatocerebral adquirida</p> <p>d. Endocrinopatías</p> <p>Híper hipotiroidismo Híper hipoparatiroidismo Síndrome de Cushing Híper hipoglucemia recurrente Enfermedad de AddisonA</p> <p>e. Déficit vitamínicos</p> <p>Déficit de vitaminas (B1, B6, B12) Déficit de folatos</p> <p>f. Portiría</p> <p>g. Otras</p> <p>Híper hiponatremia Trastornos shematológicos</p> <p>Trastornos</p> <p>Lupus eritematosos sistémico Otras colagenopatías</p>
---	--

Tomado de: Martin et. al., 2005

1.6 Características

La Dirección de Salud Pública y Alimentación de Madrid (2007) refiere que de acuerdo al tipo de demencia existen una serie de síntomas y signos particulares, sin descartan aquellos síntomas comunes y genéricos en general.

La afectación ante cualquier diagnóstico demencial se ve influido en gran parte por el cómo era la persona antes de la enfermedad, la personalidad, la condición física o estilo de vida. De acuerdo al nivel de deterioro o desarrollo de síntomas, este se puede clasificar en tres etapas inicial, intermedia y tardía ó bien leve, moderada y severa. Localizar el nivel de deterioro sirve como guía para entender el progreso de la enfermedad y posibles complicaciones, así como la planeación de necesidades futuras. Pinto (1ª Ed. Abril, 2007) por su parte describe tres grupos de síntomas y signos destacados en los dementes, donde se ven afectadas las esferas cognitiva – intelectual, psíquica – comportamiento y funcionales (ver figura 1):

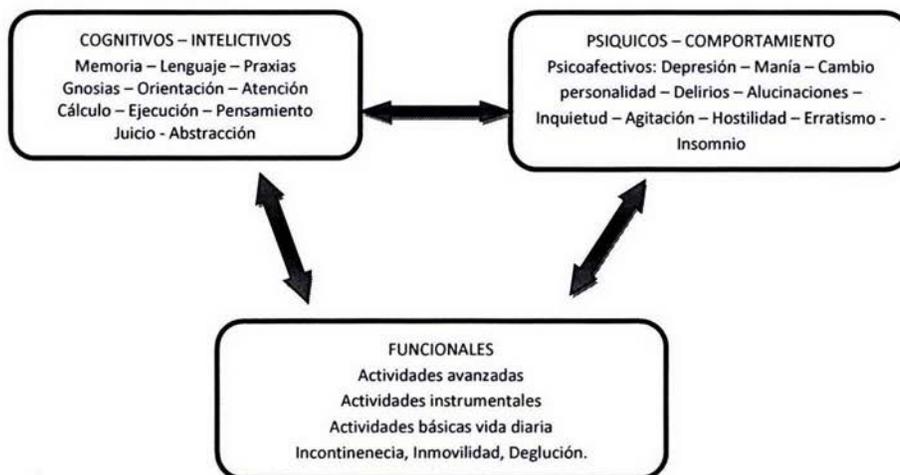


Figura1. Esquema sobre las esferas afectadas en pacientes con demencia.

A continuación, se detallan las manifestaciones más relevantes de las demencias que propone la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de Madrid (2007):

1. Memoria: hay una dificultad de aprendizaje de nueva información, síntoma cognitivo denominado amnesia que abarca en los diferentes componentes de la memoria: inminente, reciente y remota.
2. Praxias (apraxias): incapacidad de realizar movimientos finos y de forma coordinada de actividades motoras complejas. Aparecen apraxias ideomotoras hay una dificultad de repetir movimientos, realizar gestos y vestirse, apraxias constructivas (dibujo de objetos) y apraxias deglutorias.
3. Orientación temporo-espacial: (desorientación): afectación en tiempo, espacio y dificultad de situarse en el medio ambiente, manifestándose ante un extravió, una desorientación de lugares conocidos, y, finalmente una pérdida completa de capacidad.
4. Atención (aprosexia): falta de concentración ante diferentes tareas, siendo la clave fundamental para el normal funcionamiento cognitivo.
5. Cálculo (acalculia): afección del cálculo mental y más tardíamente el escrito, dificultándose las operaciones matemáticas simples.
6. Ejecución: incapacidad de realizar actos de forma secuencial coherente de acuerdo al pensamiento.
7. Pensamiento –juicio – abstracción: dificultad de enfrentamiento ante diferentes situaciones, dando respuestas insensatas, ya que se adoptan comportamientos, experimentando un rechazó.

Martin y cols. (2002) por su parte consideraron importantes las siguientes manifestaciones representativas en la demencia:

8. Lenguaje: afectación denominada afasia, se percibe una alteración en la expresión y comprensión del lenguaje oral y escrito.
9. Gnosias (agnosia): incapacidad de reconocer la información de los estímulos y objetos percibidos a través de los órganos de los sentidos.

Así mismo, se presentan síntomas psicológicos y conductuales considerados secundarios, vivenciados de forma catastrófica; ya que generalmente aparecen durante la fase leve y moderada. Entre los más presentes podemos encontrar los siguientes:

1. Delirios: trastornos del pensamiento, pérdida del contacto con la realidad y suelen acompañarse de otras manifestaciones, destacando agresividad tanto verbal como física.
2. Alucinaciones: percepciones sensoriales (visuales, auditivas, olfatorias, etc.) anómalas que se perciben como ciertas, se consolidan siendo más frecuentes en la etapa media-avanzada.
3. Anomalías en el reconocimiento (falsas identificaciones): identificación errónea de personas u objetos. Son actos de difícil identificación ya que pueden quedar enmascarados por las agnosias así como por los delirios y alucinaciones (falsos reconocimientos de familiares "prosopagnosia").
4. Trastornos de la personalidad: Vagabundeo o erratismo (tendencia al paseo errático y sin rumbo), inquietud o agitación psicomotriz (movimiento continuo o manipulación de objetos), agresividad (verbal- hostilidad, insultos y gritos- o bien física), disfunciones sexuales (apatía, exhibicionismo, tocamientos, actividad sexual

compulsiva, cambio en la apetencia, etc.), trastornos del apetito (anorexia-bulimia), depresión (aparece durante las fases iniciales, cuando el sujeto percibe sus fallos y lagunas) e insomnio.

Ansiedad: Moríñigo (2003) agrega una serie de síntomas que se manifiestan tras una preocupación, tensión, nerviosismo, que frecuentemente se expresan con preguntas reiteradas, en las que hay fallos cognitivos.

1.7 Evolución de la enfermedad

I. Demencias Degenerativas Primarias

El Consenso Español sobre demencias (2005) dentro de la categoría menciona a la enfermedad de Alzheimer como uno de los principales tipos más presentes en la población geriátrica. De acuerdo a Conde (2006) su proceso de evolución consta de siete estadios clínicos:

Estadio I (normal):

A cualquier edad, se presentan fallos a nivel cognitivo o funcional, alteraciones conductuales y de la personalidad.

Estadio II (déficit cognitivo muy leve/asociado a la edad):

Hay fallos de memoria o una dificultad funcional para concentrarse y encontrar palabras adecuadas para el habla (benignos).

Estadio III (deterioro cognitivo leve):

Fallos continuos que dificultan la capacidad para realizar funciones ejecutivas, disminución en el rendimiento laboral y social por lo que se tiende a abandonar actividades (fase de 2 a 4 años).

Estadio IV (déficit cognitivo moderado leve):

Fallos evidentes, se olvidan hechos recientes y detalles importantes de la vida diaria, dificultad para recordar el día, mes y año, generalmente recuerdan su domicilio y personajes importantes (aún pueden vivir de forma independiente). En ocasiones no tiene consciencia de su déficit, el proceso es doloroso y de negación (fase aproximadamente 2 años).

Estadio V (déficit cognitivo moderado):

Dificultad de ser independiente, por lo que algún familiar o conocido tiene que hacerse cargo de las tareas complejas (compras, cocina, pagos de renta, etc.), no hay recuerdo de acontecimientos importantes y aspectos de la vida diaria, se afecta la memoria remota, la orientación y déficits de cálculo, aparecen trastornos emocionales, del sueño y de conducta (dura 1 año y medio).

Estadio VI (deterioro cognitivo moderadamente grave):

Compromiso exhaustivo para llevar a cabo actividades básicas diarias, incontinencia doble y una dificultad de articulación en el lenguaje (puede durar 2 años y medio).

Estadio VII (déficit cognitivo muy grave):

Cambios físicos y neurológicos, aparece una rigidez presentando una inmovilización que muestra contracturas en distintas extremidades. Con frecuencia los pacientes fallecen a consecuencia de complicaciones concomitantes con la enfermedad.

II. Demencias Secundarias

La demencia vascular es provocada por una lesión cerebral de tipo isquémico (hemorrágico o hipóxico) y alteraciones cognitivas múltiples (Consenso Español sobre Demencias, 2005). Su clasificación se puede ver en la tabla 3:

Tabla 3. Clasificación de las Demencias Vasculares	
a. Cortical	Demencia multiinfarto Demencia por infarto estratégico Demencia por enfermedad de pequeños vasos.
a. Subcortical	Leucoencefalopatía subcortical arterioesclerótica (Enfermedad de Binswanger) Estado lacunar Angiopatías hereditarias Corticosteroides.
b. Isquémico-Hiódicas	Infartos incompletos de sustancia blanca Infartos de zona frontera
c. Hemorrágicas	Hemanotma Subdural crónico Hemorragia subaracnoidea Hematoma cerebral Angiopatía amiloidea.
d. Combinadas	

Tomado de: Tomado de: Martín et al., 2005.

Su inicio no siempre puede determinarse si fue brusco o insidioso (50% comienza de forma insidiosa). Así mismo, es considerada como la segunda causa de demencia alcanzando hasta un 25% de casos. La edad avanzada, la hipertensión, la historia previa del ictus, la diabetes, el consumo de alcohol, obesidad, el consumo de tabaco, las hiperlipemias, las cardiopatías, la exposición a pesticidas y el sexo masculino se muestra significativamente asociado a la demencia vascular.

La National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'enseignement en Neurosciences (NINDS/AIREN) en Martín Oct. 2005 refiere que para el criterio de diagnóstico se deben tomar en cuenta los criterios clínicos que a continuación se observan en la tabla 4:

Tabla 4. Criterios NINDS-AIREN: criterios clínicos actuales para el diagnóstico de demencia vascular.

<p>1. Los criterios para el diagnóstico clínico de probable Demencia vascular son:</p> <p>1.1 Demencia, se manifiestan alteraciones en la memoria y en dos o más dominios cognitivos (orientación, atención, lenguaje, función visoespacial, funciones ejecutivas, control motor y praxias).</p> <p>Criterios de exclusión: casos de trastorno de la conciencia, delirium, psicosis, afasia grave o alteraciones, sensoriomotoras importantes que impidan la evaluación neuropsicológica. También quedan excluidos los trastornos generalizados u otras enfermedades cerebrales que pudiesen explicar por sí mismo el déficit de memoria y cognición.</p> <p>1.2 Enfermedad cerebrovascular: presencia de signos focales neurológicas y por neuroimagen.</p> <p>1.3 Relación entre la demencia y la patología cerebrovascular: presencia de una o más de los siguientes: inicio de la demencia durante los tres meses siguientes a un accidente cerebrovascular reconocido y deterioro repentino de las funciones cognitivas; o progresión fluctuante, escalonada de los déficit cognitivos.</p> <p>2. Características clínicas compatibles con el diagnóstico de probable demencia vascular: trastornos de la marcha tempranos, inestabilidad y caídas frecuentes, síntomas unitarios no explicables por alteración urológica, parálisis pseudobulbar y cambios de personalidad y de humor, abulia, depresión, incontinencia emocional, y otro déficit subcorticales incluyendo el retraso psicomotor y función ejecutiva anormal.</p> <p>3. Características que hacen el diagnóstico dudoso o poco probable: inicio temprano del déficit de memoria y empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas (afasia temporal transcortical, apraxia, agnosia) sin las correspondientes lesiones focales en la imagen cerebral, ausencia de signos neurológicos focales y ausencia de lesiones cerebrovasculares en neuroimagen.</p> <p>4. El diagnóstico de posible demencia vascular debe hacerse en caso de: demencia con signos neurológicos focales en pacientes sin estudios de neuroimagen, ausencia de clara relación temporal entre la demencia y el accidente cerebrovascular e inicio insidioso y curso variable de los déficit cognitivos.</p> <p>Los criterios para el diagnóstico definitivo de demencia vascular son: criterios críticos de demencia vascular, confirmación histopatológica, con biopsia o autopsia, de patología cerebrovascular, ausencia de más oclillos neurofibrilares y placas neurfticas de los esperados por la edad y ausencia de otra alteración clínica o patológica que pudiese producir demencia</p>
--

Tomado de: Martín et. Al, 2005.

III. Demencias por degeneración frontotemporal

La demencia por degeneración frontotemporal se produce por una atrofia progresiva en los lóbulos frontales y regiones anteriores de los lóbulos temporales.

El Grupo Internacional de Consenso aplica como criterios o perfil de diagnóstico las características que se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5. Criterios del Grupo Internacional de Consenso (CDCFT): Perfil clínico, características centrales y de apoyo para el diagnóstico de DDFT.

- A. Perfil Clínico**
1. Cambio de carácter y conducta social alterada tanto al inicio como a lo largo de la enfermedad.
 2. Funciones instrumentales intactas o relativamente bien conservadas de percepción, habilidades espaciales, praxias y memoria.
- B. Características Centrales**
1. Inicio insidioso y progresión gradual
 2. Deterioro precoz de la conducta social interpersonal
 3. Alteración precoz de la regulación de la conducta personal
 4. Embotamiento emocional precoz
 5. Deterioro precoz de la capacidad de introspección
- C. Características de apoyo**
1. **Trastornos del comportamiento:** deterioro en la higiene y cuidado personal; rigidez mental e inflexibilidad; distraibilidad e falta de persistencia; hiperorabilidad y cambios dietéticos; comportamiento perseverativo y estereotipado; conductas de utilización.
 2. **Habla y lenguaje:** producción lingüística alterada, discurso estereotipado; ecolalia; perseveración; mutismo.
 3. **Signos físicos:** reflejos primitivos; incontinencia; acinesia, rigidez y temblor; presión arterial baja y lábil.
 4. **Pruebas complementarias**
 - a. **Neuropsicología:** deterioro significativo en las pruebas del lóbulo frontal en ausencia de amnesia grave, afasia o alteración perceptivo-espacial.
 - b. **Electroencefalografía:** a pesar de datos clínicos de demencia.
 - c. **Neuroimagen (estructural y/o funcional):** anomalías predominantes en lóbulos frontales y/o temporales anteriores.
- D. Características excluyentes**
1. **Absolutas**

Inicio abrupto con procesos iciales, lesiones en la cabeza relacionadas con el inicio, grave amnesia inicial, desorientación espacial precoz, grave apraxia inicial, discurso logodónico, en pérdida rápida de hilo del pensamiento, mioclonias, déficit córtico-bulbares y espinales, ataxia cerebelosa, coreo-ateosis, EEG marcadamente patológico al inicio, imágenes cerebrales con déficit estructural o funcional predominante post-central, lesiones cerebrales multifocales en CT o MRI, y pruebas de laboratorio que indiquen afectación cerebral o enfermedades inflamatorias tales como esclerosis múltiple, sífilis, SIDA y encefalitis por herpes simple.
 2. **Relativas**
 - a. Historia de alcoholismo crónico
 - b. Hipertensión prolongada
 - c. Historia de enfermedad vascular

Tomado de: Martín et. al., 2005.

I. Demencia con Cuerpo de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy se define por hallazgos histológico de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral y la asociación de un deterioro mental fluctuante, parkinsonismos y síntomas psicóticos.

El Grupo Internacional de Consenso aplica como criterios o perfil de diagnóstico las características que se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6. Criterios para el diagnóstico clínico de demencia con cuerpos de Lewy

- A. La característica esencial** requerida en el diagnóstico de es un deterioro cognitivo progresivo de suficiente magnitud como para interferir con el normal funcionamiento social y ocupacional. No es necesaria una alteración destacada o persistencia de la memoria en los estados iniciales, pero normalmente se hace evidente según avanza. Por otra parte, los déficit en pruebas de atención y funciones fronto-subcorticales pueden resultar especialmente prominentes.
- B. Son imprescindibles dos de las siguientes características centrales para el diagnóstico:**
1. Fluctuación cognitiva, con variaciones notables en atención y nivel de vigilia
 2. Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien formadas y detalladas
 3. Signos motores espontáneos de parkinsonismo
- C. Son características de apoyo al diagnóstico:**
1. Caídas repetidas
 2. Síncope
 3. Pérdida de conciencia transitoria
 4. Hipersensibilidad a los neurolépticos convencionales
 5. Delirios sistematizados
 6. Alucinaciones en otras modalidades
- D. Un diagnóstico es menos probable en presencia de:**
1. Enfermedad cerebrovascular, detectada por medio de signos focales neurológicos o imágenes cerebrales
 2. Indicios sugestivos de alguna enfermedad física u otra alteración cerebral que pudiese explicar el cuadro clínico.

Tomado de: Martín et. al., 2005.

I. Demencia en la enfermedad de Parkinson

Se acompaña de un cuadro crónico progresivo, con enlentecimiento motor y cognitivo. La identificación de la demencia en la enfermedad de Parkinson es importante, ya que dificulta el manejo farmacológico y aumenta la mortalidad (Conde, 2006).

La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson se caracteriza por el predominio de alteraciones en las funciones ejecutivas (iniciar respuestas, planificación y cambio del entorno), las habilidades visoespaciales, la memoria de recuerdo libre y en la fluidez verbal (no afección en las demás funciones en el lenguaje). Prevalece de un 80-200/100 000 habitantes. Está aumentando de acuerdo a la edad, más del 1% de las personas mayores de los 80 años tiene enfermedades de Parkinson.

Los factores de riesgo dentro de la enfermedad de Parkinson para desarrollar demencia son la edad avanzada, el comienzo tardío de la enfermedad, la gravedad de la sintomatología motora, la depresión, la mala tolerancia a la L-DOPA y los efectos secundarios importantes a la medicación; como las alucinaciones, el delirium u los delirios. Su diagnóstico demencial ante no cuenta con criterios específicos (Martín C., 2005), ver tabla 7.

Tabla 7. Funciones Cognitivas en la Enfermedad de Parkinson

Normales	Patrón de deterioro cognitivo
Déficit aislados/asociados	a) D.p. subcortical -E. Parkinson -E. Parkinson + Alt. Vasculares -E. Parkinson + Otras
a) Funciones visoespaciales	
b) Memoria	
c) Funciones ejecutivas	
d) Lenguaje y habla	b) D. p. mixto -E. Parkinson + EA -EDCL
e) Velocidad en el procesamiento de la información	-E. Parkinson + Alt. Vasculares -E. Parkinson + EA + Vascular
f) Otras	
Deterioro cognitivo progresivo	
Demencia	c) D. p. Pred. Cortical -E. Alzheimer + E. Parkinson
a. Leve	-EDCL
b. Moderada	
c. Severa	

Tomado de: Alberca y col., 2002.

1.8 Factores de riesgo

García (2010), Gómez (2007), Arango y cols. (2003) y Sánchez (2011) refieren la probabilidad de que una persona contraiga alguna demencia aumenta cuando se identifican múltiples factores causantes de la misma, algunos son modificables y otros no, cabe destacar que los más presentes se destacan a continuación:

- **Edad:** es el factor principal de riesgo de padecer demencia, la edad avanzada se duplica cada cinco años entre los 65 y los 85 años.
- **Sexo:** hay un mayor número de casos de demencia en el sexo femenino, se plantea que su sobreexposición quizá se deba a una mayor expectativa de vida.
- **Baja educación:** los niveles bajos de educación se asocian consistentemente, según Arango y cols. mencionan como primera explicación que debido a la baja educación va relacionada con un bajo estado socioeconómico, deficiente nutrición, vivienda y cuidado de la salud. La segunda explicación es debido a una inteligencia menor, y, una tercera explicación refiere a que la educación estimularía la "plasticidad sináptica" da como resultado una ramificación dendrítica y un mayor flujo cerebral.
- **Historia familiar:** el diagnóstico de demencia en familiares incrementa el riesgo a padecer demencia de 2 a 4 veces.
- **Factores genéticos:** la existencia de tres genes con un patrón de herencia autosómico dominante para una enfermedad Alzheimer (5% de casos). Los genes de la proteína precursora de amiloide (APP), presenilina (PS1), y presenilina 2 (ps2), por lo general los síntomas empiezan a hacerse presentes antes de los 55 años.

- Adicción al cigarro: su consumo aumenta de manera significativa el riesgo de padecer disminución mental y demencia. Fumar implica un riesgo alto de arterioesclerosis y otros tipos de enfermedades vasculares, lo que es una alarma de alto peligro de demencia.
- Arterioesclerosis: acumulación de placas – depósitos de sustancias grasosas, colesterol y otras materias – en el revestimiento de una arteria. Hay un riesgo significativo de demencia vascular, ya que interfiere el suministro de sangre del cerebro pudiendo causar un accidente cerebro vascular.
- Colesterol: altos niveles de lipoproteína o colesterol malo aumentan de manera significativa el riesgo de desarrollar una demencia vascular.
- Síndrome de Down: pacientes con este síndrome pueden desarrollar enfermedad de Alzheimer después de los 30 años, ya que presentan una copia extra del cromosoma 21.
- Diabetes: el suministro de insulina en diabetes tipo 2 manifiesta el doble de riesgo de presentar demencia y enfermedad de Alzheimer, ya que esta gobierna el comportamiento de algunas regiones cerebrales, tales como ingesta, reproducción y cognición.
- Depresión: estudios señalan que una historia de depresión es considerada un factor de riesgo si ocurre más de 10 años antes del comienzo de la enfermedad.
- Traumatismo de cráneo: traumatismos repetidos frecuentes pueden causar demencia “pugilística”, relacionando a la enfermedad Alzheimer pero no idéntica (Ejemplo: boxeo).

- Factores de riesgo cardiovascular: se ligan a un desarrollo de demencia tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la demencia vascular. Entre los factores más importantes están: la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el síndrome metabólico y el tabaquismo.
- Enfermedad tiroidea: se muestra que en mayores de 55 años el hipertiroidismo subclínico aumenta el riesgo de padecer demencia y enfermedad Alzheimer.
- Dieta y nutrición: una de privación nutricional es un desarrollo posterior a demencias. Sin embargo, la incidencia es baja en esta serie.

1.9 Evaluación y Diagnóstico

Agüera y cols. (2002), Morales (2000), Fort (2007), Vilalta (2002) y Gómez (2007) consideran que el diagnóstico demencial requiere de un proceso de valoración integral, sistematizada y cuidadosa, por consiguiente es necesario:

- Historia clínica:
Saber si el paciente cumple con los criterios clínicos de demencia. El proceso de anamnesis y exploración determinan posibles causas que subyacen a la enfermedad evaluándose los efectos funcionales como: posibles antecedentes familiares de demencia, enfermedades previas, factores de riesgo cardiovascular, nivel de escolarización y contexto sociofamiliar. Ésta debe enfocarse en los cambios del comportamiento y cognoscitivos (Ministerio de Ciencia e Innovación (2011) y Gómez (2007).

- **Examen médico:**
 Exploración general que emplea una observación del paciente, valoración anímica, estado higiénico (orientan hacia un cuadro depresión o deterioro cognitivo) y pruebas de laboratorio que descarten enfermedades sistémicas que contribuyan a una comorbilidad en el paciente (Gómez, 2007).

- **Valoración neurológica:**
 Sirve para descartar algunos otros trastornos neurológicos que pudiesen interferir en el diagnóstico diferencial. El examen debe orientarse a la búsqueda de signos anómalos asociados a la demencia, siempre descartando la presencia de un deterioro auditivo, visual, afasia, apraxias o agnosias, incompatibilidad de lenguaje y retraso mental o combinaciones (Morales, 2000).

- **Valoración neuropsicológica:**
 Intenta descartar la presencia de trastornos cognoscitivos, medir su extensión; identificación de trastornos y de comportamiento y así evaluar el impacto de los trastornos cognoscitivos en las actividades de la vida diaria. Así mismo existen limitaciones ya que muchos test empleados no se han validado en pacientes geriátricos.

- **Pruebas complementarias (Cenproex y col. (2005) y Fort (2007):**
 - a) Rutinarias: Analítica básica: hemograma completo, iones, glucosa, bioquímica elemental, Pruebas de función hepática y renal, Albúmina, Test de función tiroidea, Niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico, Sodio, folatos, potasio, calcio, colesterol, Bórrera, Brúcela, Virus inmunodeficiencia humana (VIH), Anticuerpos antinucleares, Análisis de orina elemental y Rx tórax, ECG y EEG.

- b) Opcionales: Serología luética, EEG y Punción Lumbar.
- c) Pruebas de neuroimagen: Tomografía axial computarizada: delimita cambios a nivel de la corteza cerebral, resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones: diagnóstico y control evolutivo del deterioro cognitivo leve y la monitorización de la respuesta a tratamiento farmacológico y tomografía computarizada de emisión de fotones: se obtiene la imagen representativa de la perfusión cerebral.
- Valoración funcional:
Evaluación clínica de las funciones cognitivas además de la repercusión funcional y en particular del funcionamiento social, laboral y familiar. Para ello es necesario interrogar la capacidad del paciente sobre sus actividades cotidianas de acuerdo a su complejidad, en básicas (bañarse, vestirse, trasladarse, continencias, etc.), instrumentales (preparar alimentos, aseo de casa, utilizar transporte público, el teléfono, etc.) y avanzadas (aficiones, actividades sociales, deportes, etc.).
 - Valoración social:
Es necesario obtener información sobre el medio social, cultural, familiar y comunitario del paciente, su valoración servirá como fuente de apoyo ante el diagnóstico de demencia, ya que el hábitat del paciente, la familia y el ambiente cultural influyen en la evolución del deterioro cognitivo.
 - Valoración mental:
Evaluación cognitiva, afectiva y de comportamiento. Evalúa las alteraciones de la conducta (útil para determinar el nivel de déficit), además de valorar el impacto potencial de la enfermedad en la familia y cuidadores.

1.10 Tratamiento

García (2010), Martín (2002), Fort (2007) y Gómez (2007) consideran que durante los últimos años el tratamiento en las demencias ha mostrado grandes resultados, no obstante en la medida de brindar una mejor calidad de vida en el paciente, reduciendo o retardando la aparición de síntomas. Cabe destacar que un tratamiento eficaz y completo debe contar con un tratamiento farmacológico y no farmacológico. A continuación se describe:

I. Tratamiento farmacológico

La base de un tratamiento médico debe basarse u asignarse de acuerdo a lo obtenido a través de la evaluación. Este será correcto siempre y cuando se tomen en cuenta aspectos vitales ante la revisión exhaustiva de fármacos (anticolinérgicos, sedantes, antihistamínicos, etc.), deben ser tratados los síntomas psicológicos y conductuales (depresión, insomnio, alucinaciones, delirios, etc.) y el control de alguna comorbilidad asociada, preservando los órganos de los sentidos, previniendo, tratando complicaciones y un mantenimiento nutricional.

El Centro de enseñanzas Profesionales y Tecnológicas de Extremadura, col. (2005) y Fort (2007) describen los fármacos más utilizados para el padecimiento, considerados un agente paliativo de eficacia, los cuales son:

Tacrina: Inhibidor competitivo capaz de producir incrementos en la concentración. Algunos efectos adversos son las enfermedades hepáticas activas o las secuelas de enfermedades hepáticas, úlceras gastroduodenales activas no tratadas, hipersensibilidad al fármaco, etc. (Martín, 2004).

Donepezilo: proporciona una mejora en la función y la memoria (80%). Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, diarrea, vómitos, insomnio, calambres musculares, fatiga y anorexia; y llegan a hacerse presentes cardiopatías (Martín, 2004).

Rivastigmina: inhibidor que produce un incremento de concentración. Los efectos secundarios al tratamiento son náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, distensión abdominal, pérdida del apetito, incontinencia urinaria, bradicardia, fatiga, insomnio, dolor muscular, dolor de articulaciones, astenias y cefaleas.

Galantamina: contribuye a mejorar la liberación sináptica, aunque los acontecimientos de frecuencia adversa son gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, anorexia), y alteraciones del Sistema Nervioso Central (mareos, fatiga, cefalea, somnolencia, confusión, insomnio).

Memantina: Reisberg (2006) en Fort (2007): sustancia de potente eficacia sobre las alteraciones cognitivas y la autonomía funcional. Efectos adversos consisten en mareos, dolor de cabeza y fatiga.

II. Tratamiento no Farmacológico

El objetivo general del tratamiento no farmacológico es complementar la eficacia del tratamiento farmacológico, aletargando la evolución de la enfermedad. Su objetivo principal es retrasar el deterioro cognitivo, estimular y mantener las capacidades mentales, mejorar la orientación temporo-espacial, disminuir el estrés que genera en el paciente la enfermedad, estimular la autoestima, favorecer la integración en el medio social, mantener la independencia en las actividades de la vida diaria el mayor tiempo posible, adaptar el entorno físico al enfermo y paliar los diferentes síntomas no cognitivos que se presenten en el enfermo.

A continuación se mencionan algunas de las terapias cognitivas reeducativas en la demencia, como son:

- Terapia de orientación a la realidad: el objetivo la técnica es mejorar la calidad de orientación temporo-espacial y de la persona a través de estímulos e informaciones repetidas visuales, escritas, verbales, etc. Existen dos formas de reorientación: la reorientación temporo-

espacial de 24 horas y las clases estructuras de orientación la realidad, se encarga de estimular aspectos cognitivos y funcionales (memoria, lenguaje, autoestima, ansiedad, etc.), a través de referencias en el ambiente y señales. Así mismo, la orientación a la realidad que dura entre 30 y 60 minutos donde se trabaja en pequeños grupos de pacientes, generalmente en varias sesiones que llevan un enfoque cognitivo comenzando por la orientación temporal, espacial basándose en el entorno (día, fecha, año, etc.).

- **Terapia de reminiscencia:** La finalidad de la terapia en pacientes con demencia es estimular la identidad y autoestima a través de recuerdos personales – se activa la memoria autobiográfica y largo plazo-. Se puede llevar a cabo de forma grupal e individual, estimulando el recuerdo mediante estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfativos.
- **Terapia de validación:** surge a la Dra. Naomi Feil de Cleaveland (Ohio) con el objetivo de restablecer la dignidad, reducir la ansiedad y prevenir el deterioro de los mismos. Así mismo, busca clasificar al demente dentro de algunas de las cuatro fases y, a partir de ellos aplicar técnicas prácticas y sencillas que ayuden al paciente a mantener su dignidad y autoestima, con la finalidad de evitar llegar a la etapa final del deterioro (Ardila y cols., 2003).

Es así que se da a continuación una explicación más amplia de la siguiente técnica del tratamiento no farmacológico debido a que es el tema a tratar en el proyecto:

1.11 Musicoterapia

La musicoterapia es un estilo de terapia que se utiliza en personas con demencia primordialmente en las fases iniciales de la enfermedad. La finalidad de esta terapia es favorecer o efectuar cambios positivos en el funcionamiento

psicológico, físico, cognitivo, anímico y social, haciendo de experiencias musicales y/o rítmicas de diversa índole. La musicoterapia se emplea de dos formas:

- Método activo: se utiliza en las fases iniciales de la enfermedad, su objetivo sirve para mejorar la psicomotricidad, capacidades auditivas y concentración. Por lo que principalmente se emplea en actividades como tocar un instrumento, componer, cantar y bailar.
- Método pasivo: involucra una actividad física, como la audición musical, que involucra una actividad interna que provoca cambios en el estado de ánimo. Se denomina en varias modalidades, como: expresión verbal, expresión escrita y expresión plástica (Ponch, 1999 en Ortiz, 2009).

Los objetivos principales de la Musicoterapia en pacientes con demencia es favorecer o efectuar cambios positivos en el aspecto anímico, psicológico, físico-motriz, cognitivo y social, y consecuentemente, una mejor calidad de vida (Ardila y cols., 2003). Por otro lado es importante remarcar que siempre y cuando su fin sea de uso terapéutico, aunado a un punto de intervención de apoyo , de manera directa e indirecta, de las actividades de la vida diaria, aportando un acompañamiento y soporte a nivel integral y holístico de la persona (Mercadal-Brotóns, 2008).

1.11.1 Concepto

Sánchez (1977) refiere que *"la musicoterapia es la disciplina que emplea, de forma sistemática, los eventos cinéticos-sonoros-musicales con el fin de incidir diferenciadamente en la naturaleza energética, biológica y psicológica del humano para con ello perseguir la funcionalidad terapéutica de los fenómenos energéticos, fisiológicos, sensorio motrices, perceptivos, emocionales, simbólicos, cognitivos, mnémicos, regresivos y lingüísticos todo esto con miras a potenciar el desarrollo y bienestar del individuo"*.

Madaule (1993) menciona que *"la terapia musical se puede llevar a cabo en diversas actividades para evocar recuerdos o situaciones significativas, haciendo salir de sí mismo creaciones inesperadas a través de la pintura, escultura, baile o bien remontarse al pasado con la imaginación acompañado de una melodía que puede llevarnos al autodescubrimiento"*.

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFTM) (1996) ofrece la siguiente definición:

"Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra- y/o interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento".

Gaynor (2001) define "la música, desde luego, es sonido organizado y tiene potentes efectos emocionales que estimulan recuerdos, asociaciones y estados psicológicos altamente desarrollados con un claro impacto en nuestros sistemas de curación".

La American Music Therapy Association en el 2005 en Mercadal-Brotons (2008) define lo siguiente:

"La utilización clínica, y basada en la evidencia, de intervenciones musicales para conseguir objetos individualizados dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado que ha completado una formación en musicoterapia".

La World Federation for Music Therapy 2006 en Mercadal y Martí (2007) define "la Musicoterapia como la utilización de la Música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas".

1.11.2 Antecedentes Históricos

La música es un arte antiquísimo de la cual resulta imposible precisar su comienzo. Hace unos 6.000 años, el sonido de voz e instrumentos musicales se usaba en los templos de Mesopotamia con el fin de aplacar la ira de los dioses y evitar que arrasaran e inundaran las cosechas (Comellas, 2008).

Durante la prehistoria, el uso de la música se hace presente como un instrumento capaz de curar el cuerpo y la mente al tratar de purificar el alma ante los diversos males a los que se enfrentan; la destrucción, la infertilidad en la mujer, la enfermedad, los bienes terrenales y la espiritualidad, por lo que se realizaban ritos "mágicos", religiosos y curativos

En la Antigüedad (siglos VIII a. C. – V d. C.), Grecia del occidente europeo por primera vez vio a la música como aquél medio de ayuda a determinadas enfermedades, en cuanto a una situación clínica, observadora y religiosa.

Por otro lado, filósofos griegos concedieron a la música un importante papel terapéutico. Homero (siglo VIII a. C.) mediante sus escritos alude el poder terapéutico del canto. Pitágoras (580 - 500 a.C.) considera que la música podía restablecer la armonía espiritual, describiéndola como medicina del alma. Platón, (427 - 437 a. C.) en las leyes, considera que la música da serenidad al alma; y Aristóteles (384 - 322 a. C.) recomendaba, a la música un medio de influencia en los estados de ánimo ya que reconocía su eficacia ante las emociones incontrolables facilitando una catarsis emocional.

Casiodoro (480 - 575) retoma lo dicho por los posteriores pensadores, donde las ideas de Pitágoras destacan las virtudes éticas y curativas de la música, por su capacidad de restituir la salud física y psíquica de las personas. San Isidro de Sevilla (565 - 636), en sus *Etymologiarum*, expresa que "la música conmueve y suscita emociones y calma los espíritus agitados.

En la época de la Edad Media, el filósofo y matemático Zaragozano Ibn Báya (1070 - 1138), el "Avempace", continua la tradición griega del *éthos*: la música tiene un *éthos*, un carácter, que le permite actuar sobre el alma humana, modificando sus sentimientos, sus pasiones y sus afectos.

Johannes Tinctoris (1435 - 1511) (Fubini, 1990 en Bétes de Toro, 2000) en la obra titulada *Compleux effectuum musices*, describe a la música, como: la capacidad de actuar sobre la moralidad de las gentes (ablanda la dureza del corazón, modifica la mala voluntad, atrae el amor), sobre la espiritualidad (eleva la mente terrenal, santifica las almas), sobre el estado de ánimo (arroja la tristeza, pone contentos a los hombres, aumenta la alegría del convite) y sobre la enfermedad (suaviza los esfuerzos y sana a los enfermos).

Más adelante, la civilización moderna llamada el Renacimiento que data de los siglos XVI-XVII. En España, se lanza la primera obra de Musicoterapia por el monje Antonio José Rodríguez, que lleva por título *Palestra crítico-médica* (1744); donde antepone a la música como la medicina psicosomática capaz de modificar el estado de ánimo de las personas, asimismo atribuyendo efectos anestésicos, catárticos e influjos en algunas funciones del cuerpo. Afirmando que "la música es ayuda eficaz en todo tipo de enfermedad (Ponch II, 1999).

Así, la época Barroca considerada "Doctrina de los afectos" se basó en creencias del siglo XVII donde el propósito de la música era despertar pasiones o afectos, como: el amor, el odio, la dicha, la angustia, el miedo, etc. Debido a que la música era capaz de provocar una variedad de emociones específicas.

En la época del "Pensamiento Ilustrado" durante el siglo XVIII, Pilar León hace hincapié a la actividad terapéutica llegando a la concepción de que la música

actúa dualmente sobre el alma y el cuerpo, ya que sus beneficios se muestran en los estados de ánimo y sirve de analgésico e hipnótico, neurológico, purgante, para contrarrestar el tarantismo, la gota, las alteraciones menstruales y las fiebres diaforéticos. Aunque el tipo de música empleada varía según la enfermedad que se trate y según la persona. Farinelli (1705 - 1782) un soprano de atractivas audacias vocales generaba en el rey Felipe V una mejoría tras padecer una enfermedad depresiva. Farinelli le cantaba melodías emotivas y patéticas, entre ellas, un minueto y dos canciones de Hasse (Palacios, 2001. y Betés de Toro, 2000).

A principios del siglo XIX, varios autores destacan el uso de la música con fines terapéuticos. Edwin Atlee (1804) sugirió que la música tiene la capacidad de estimular y modificar una gran variedad de emociones, como la alegría y la tristeza. Samuel Mathews (1804) muestra en su trabajo un tratamiento para la depresión. En la segunda mitad del siglo, George Alder Blumer desarrolla un programa de musicoterapia en un centro hospitalario, donde Gfeller y Davis (2000) documentan los efectos de la música sobre la enfermedad mental (Betés de Toro, 2000).

Es así que en pleno siglo XX el uso de la música como terapia muestra un carácter científico aplicado y manejado por profesionales. En 1979 la Universidad Alemana plantea a la Musicoterapia como licenciatura en los departamentos de Musicología Sistemática (Palacios, 2001). En Estados Unidos la música se incorpora en algunas instituciones sanitarias, en combinación con otras terapias; lo que permite un comienzo e organización sobre cursos de licenciatura y posgrados a mediados de los cuarentas. Más tarde, la creación de la National Association for Music Therapy en 1950 y de la American Music Therapy Association en 1971, culminan la American Music Therapy Association en 1998 (Bétés de Toro, 2000).

1.11.3 Musicoterapia aplicada a la clínica

La musicoterapia actualmente es una técnica que la psicología emplea como herramienta terapéutica con la finalidad de ayudar al paciente en la elaboración y reestructuración de sus procesos psíquicos (Zepeda, 2009).

La aplicación de la musicoterapia es utilizada como un medio de lenguaje universal capaz de interiorizar y exteriorizar sin ningún límite lo más íntimo de cada persona en cuanto a emociones, sentimientos y pensamientos. Es así que la música se ha especializado para un desarrollo de recuperación o mantenimiento a un nivel máximo de funcionamiento.

La musicoterapia posee una infinidad de funciones, tanto a nivel preventivo como terapéutico como el medio de expresión que posibilita cambios en el estado de ánimo, incremento en la capacidad, efectividad y rendimiento de las facultades intelectuales de las personas (Palacios, 2001 y Barrera, 2002).

Los campos donde se aplica son: trastornos, desequilibrios y enfermedades, con la finalidad de servir como un tratamiento a problemas psiquiátricos y de aprendizaje. Hoy en día, se emplea en áreas escolares (Autismo, Hiperactividad, Síndrome de Down, Parálisis cerebral), prisiones, centros de rehabilitación, casas de medio camino, centros de desarrollo infantil, hogares de convalecencia, centros de salud comunitaria, institutos, la práctica privada, en geriatría (demencia senil, Parkinson, Alzheimer, enfermos terminales), en el área de salud mental (la depresión, el estrés, la ansiedad, etc.) y medicina - dolor, oncología, etc.- (Jauset, 2009 y Bruscia, 2007).

Gibbon, 1977, Moore, Staum y Brotons 1992 en Smith, 1988 consideran importante tomar en consideración ante la selección de música los siguientes aspectos musicales:

- Repertorio: tipo de repertorio musical preferido y al que responde mejor la persona mayor.

- Ritmo/Tiempo: Estudios demuestran que las personas mayores prefieren la música a tiempos más lentos que su tiempo original ya que sincroniza mejor con su tiempo en cuanto a capacidades.
- Extensión vocal/tesitura: se debe utilizar canciones de tonalidades apropiadas y ajustarse a las extensiones vocales del grupo.
- Volumen: se recomienda que el volumen de la música se presente en decibeles de entre 65 y 75. Es importante que puede resultar sobreestimulante.
- Instrumentación: se sugiere que las personas mayores prefieren acompañamientos sencillos.

1.11.4 Musicoterapia aplicada en las Demencias

La música juega un papel importante en la vida, se encuentra inmersa en aspectos sociales, ideológicos, culturales, económicos y políticos; con el fin de servir en la cura de algunas enfermedades (García y González, 2009).

La American Psychiatric Association (1994) define a la demencia como un "síndrome causado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay un déficit de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana de la persona".

Al paso de los años el uso de métodos terapéuticos en la demencia es otorgar un mantenimiento que conlleve a una mejoría en cuanto a calidad de vida de la persona. La musicoterapia actualmente es uno de los tratamientos más utilizados ante la problemática; ya que estudios muestran resultados eficientes ante un deterioro inevitable y progresivo de habilidades cognitivas, sociales, conductuales, físicas y emocionales de la enfermedad (Mercadal-Brotons, 2008, y Ortiz, 2009).

La terapia musical es considerada una de las disciplinas capaz de proveer infinidad de resultados benefactores, algunos por mencionar son: relajación, elevación de la autoestima y del estado de ánimo (depresión y ansiedad),

reducción del estrés y mayor expresión verbal y no verbal que facilitan la liberación de sentimientos y recuerdos.

La influencia de la música depende de muchos elementos como: su tiempo, ritmo, armonía, tonalidad, frecuencia, intensidad e instrumentación. Sin embargo, la música con efectos más beneficiosos es aquella que la persona conoce mejor, especialmente aquella que le gusta, aunque no sea del todo relajante. Probablemente, la música más familiar y ligada emocionalmente a la persona que se relaciona con experiencias pasadas y en especial placenteras, son las que mayores beneficios traerán (Gutiérrez-Gutiérrez, 2009).

En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que va mermando determinadas capacidades, en segundo lugar la incapacidad de poder realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero (Mercadal-Brotons, 2008).

La American Music Therapy Association (AMTA, 2004 en Mercadal-Brotons, 2008) establece un protocolo como proceso de intervención de musicoterapia en demencias, este consta de las siguientes fases:

1. Fase de derivación y aceptación

El musicoterapeuta deberá establecer criterios basados con el asesoramiento de un equipo multidisciplinar que evalúe si la persona puede ser susceptible de beneficiarse de este tipo de tratamiento y si es apropiado aceptarla por el mismo.

2. Fase Assessment o evaluación inicial

Se evalúa precisamente por el musicoterapeuta. La evaluación inicial permite evaluar y contemplar las capacidades y necesidades de la persona en las áreas cognitiva, física, socioemocional y espiritual; además de las observadas durante la primera sesión principalmente.

3. Fase de Planificación del tratamiento

El profesional preparará un plan de tratamiento individualizado basado en los resultados de la evaluación inicial, el pronóstico y la revisión de la historia clínica. Ésta planificación incluirá: a) los objetivos terapéuticos; b) la frecuencia y duración de las sesiones de musicoterapia; c) los procedimientos y técnicas específicas que se deben aplicar, y d) el tipo de evaluación que se va a llevar durante el procedimiento.

4. Fase de Implementación

El musicoterapeuta procede a implementar las sesiones de musicoterapia según el plan de tratamiento descrito. Se deberán utilizar las técnicas más adecuadas que permitan trabajar los objetivos de intervención planteados en el plan de tratamiento y así poder realizar posibles modificaciones, que permitan preparar la terminación del tratamiento.

5. Fase de documentación o evaluación

El musicoterapeuta deberá documentar cada fase de la intervención: derivación, evaluación inicial (instrumentos de observación y evaluación específica), planificación del tratamiento y seguimiento.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Destacada la problemática y necesidades de la población de la tercera edad de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" (IAP) quien presenta un diagnóstico de demencia y una consulta relevante de literatura que refiere la afección progresiva y degenerativa de diversas áreas en cuanto a nivel cognitivo, motriz, social, conductual y emocional. Se desarrollo un programa de intervención basado en la Musicoterapia cuya finalidad fue brindar una mejor calidad de vida a los pacientes.

Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos con un diagnóstico de demencia incrementando su estado de ánimo, para disminuir los niveles de ansiedad a través del programa de intervención con Musicoterapia, en el cual se implementaron canciones de su época con el fin de promover recuerdos significativos del pasado aunados a una presencia de emociones que se expresaron de forma verbal y no verbal a través de música de su época, instrumental e infantil –Cri Cri -.

Objetivos específicos:

- Se expresaron emociones pasadas a través de actividades recreativas.
- Se familiarizaron con el ámbito musical de su época.
- Recordaron y reconocieron el sabor de frutas
- Recordaron a través del canto eventos importantes.
- Se recordaron cantantes de su época.
- Se disminuyeron los niveles de ansiedad.
- Se promovieron una interacción social y habilidades comunicativas.
- Lograron relajarse por medio de la música.

Población

En el programa de intervención participó un grupo que se conformó de 4 participantes con una edad de entre 70 a 90 años de edad y un diagnóstico de demencia, quienes se encuentran dentro de las instalaciones de la Fundación Alzheimer Alguien con quien contar I.A.P.

Espacio de Trabajo

La Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar", I.A.P. cuenta con las instalaciones adecuadas para llevar a cabo el programa de intervención. Dicha fundación surge a través de un grupo de familiares de pacientes con Alzheimer en 1992, que unidos en un Fondo de Apoyo logran la apertura del primer Centro de Día para pacientes con Alzheimer y demencias similares en la Ciudad de Querétaro, meses más tarde, se abre el Centro en la Ciudad de México.

Cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, trabajadora social, enfermeras, cuidadoras y personal de cocina e intendencia, así como la colaboración de personas que voluntariamente prestan sus servicios, entre ellos estudiantes de psicología, enfermería, medicina, gericultura, odontología, etc. Cuenta con aproximadamente un total de 35 pacientes diagnosticados con distintos tipos de demencia.

Al ingreso de las instalaciones de la fundación a mano izquierda se encuentra el guardarropa donde se conservan las pertenencias de los pacientes hasta su salida; así mismo se encuentra el área de Dirección donde también se encuentra Trabajo Social. Del lado derecho está el área de enfermería quien a la hora de entrada se encarga de revisar a los pacientes en cuanto a su presión arterial, glucosa, revisión física, etc.

Pasando la puerta de seguridad a mano derecha se encuentran unos sanitarios, el comedor (donde los pacientes más funcionales se sientan aparte de los más disfuncionales, la hora de comida es a las 2:00 pm) y la cocina, donde se pueden observar los utensilios de comida divididos "diabéticos y no diabéticos",

posteriormente se encuentra el área de nutrición donde se hace la elaboración de una dieta balanceada de acuerdo a cada paciente. En el centro de la fundación se encuentra el patio principal donde se llevan a cabo la mayoría de los programas establecidos, y el área terapia física (se estimulan las articulaciones o nervios de los pacientes ya que en su mayoría se encuentran atrofiados).

Para ingresar al primer piso se utiliza una rampa que le permite a los pacientes moverse fácilmente, al final de esta a mano derecha está la coordinación del terapeuta, en frente el Gimnasio (se estimula motrizmente a los pacientes, se puede encontrar una caminadora, escaleras de madera, patea, bicicleta, etc.) y del lado contrario se puede encontrar el salón de área ocupacional donde se llevan a cabo actividades de manualidad, matemáticas, reminiscencia, etc.; también se puede encontrar el área de servicio de peluquería y estética. Así mismo, se encuentra un pasillo donde a mano derecha se puede encontrar los baños de aseo equipados para los pacientes (hay cambios de muda, accesorios de aseo, pañales, toallas, ducha, por si los pacientes lo requieren) a su lado se puede observar la oficina del coordinador de Psicología y posteriormente el aula de enseñanza (se dan clases a visitantes o voluntarios, así como también pueden realizarse evaluaciones a pacientes).

Fases

- Fase 1: Se llevó a cabo la aplicación de un pre –test del Inventario de ansiedad de Beck.
- Fase 2: Se llevó a cabo el programa de intervención de musicoterapia.
- Fase 3: Se realizó la aplicación del post-test del Inventario de ansiedad de Beck.

Diagrama de Gantt

Fases	Actividad	Junio				Julio				Agosto			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1	Pre-Test	■	■										
Fase 2	Semana 1 (Sesión 1 y 2)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Semana 2 (Sesión 3 y 4)				■								
	Semana 3 (Sesión 5 y 6)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Semana 4 (Sesión 7 y 8)						■						
	Semana 5 (Sesión 9 y 10)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3	Post-Test							■					

A continuación se detalla la carta descriptiva del Programa de Intervención con Musicoterapia Aplicada en pacientes con Demencia, el cuál consta de 10 sesiones con una duración de una hora aproximadamente.

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Especifico: Al finalizar la sesión el grupo logró el reconocimiento de sus compañeros y una familiarización con la música.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
1	<p>Presentación de la practicante</p> <p>Saludó</p> <p>Estimulación sensorial</p> <p>Dibujo</p> <p>Cierre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante dio la bienvenida y se presentó ante el grupo, ubicando a los participantes sentados en círculo • Posteriormente la practicante realizó rapport y explicó al grupo la dinámica de la sesión • La practicante saludó al grupo y pidió se saludarán entre ellos aleatoriamente dentro del círculo, una vez que se saludó cada miembro del grupo se les entregó un gafete con su nombre que se leyó en voz alta, el cual se usó como auxiliar cada vez que se necesitó • Así mismo, la practicante dedicó unos breves minutos para realizar algunas preguntas cotidianas al grupo como: ¿Cómo estás?, ¿Cómo te ha ido?, ¿Cómo es tu familia?, etc. • Para continuar, la practicante mostró al grupo los siguientes productos: arroz, frijol, azúcar y lenteja, y pidió repitieran el nombre. Al reproducir la música se pidió explorarán los productos que se rolaron al ritmo de la música instrumental: Raúl Di Blassio: Melissa, Luna en París e Instrumenta Por ti volare-. Finalmente se les pidió expresarán su experiencia • Consecuentemente la practicante entrego una hoja blanca y pidió hicieran un dibujo al ritmo de las siguientes canciones: Koru- I Believe y Otis • La practicante se despidió del grupo pidiendo Finalmente la practicante se despidió al grupo se despidiera entre sí, haciendo esta lo mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • CD • Gafetes • Bocinas • Laptop • Hojas • Recipientes • Productos: arroz, azúcar, frijol y lenteja 	60 minutos

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo específico: Al finalizar la sesión el grupo reconoció y recordó el sabor de las siguientes frutas: naranja, limón, melón, cereza, durazno y guayaba a través de canciones que mencionaron las mismas.

47

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
2	Saludó	<ul style="list-style-type: none"> La practicante saludo y realizó rapport con los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> CD 	60 minutos
	Frutas	<ul style="list-style-type: none"> La practicante dio una introducción sobre la importancia que implica el consumo de frutas dentro de la alimentación, mencionando las siguientes: naranja, limón, melón, cereza, durazno y guayaba; y se proporciono a cada participante la imagen de cada fruta Para continuar, la practicante colocó la música de fondo de cada fruta relacionándola con una descripción de la imagen que se mostró en la tarjeta Al azar, la practicante colocó la canción de una fruta y pidió al grupo cantar y escuchar atentamente la letra donde se ubicó la fruta Una vez que terminó la canción, la practicante solicitó al grupo levantar la imagen de la fruta de acuerdo a la música de fondo. Para corroborar la respuesta se volvió a reproducir la canción enfatizando el nombre de la fruta. Dicho procedimiento se llevó a cabo con cada fruta 	<ul style="list-style-type: none"> Gafetes Grabadora Tarjetas de Frutas Trozos de fruta 	
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> Para reafirmar la actividad, la practicante mostró y repartió trocitos de fruta para que la probarán y posteriormente se jugó memorama La practicante cerró la sesión despidiéndose y agradeciendo la participación del grupo 		

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo recordó a través de canciones de su época eventos importantes del pasado que expreso al cantar.

SESIÓN	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
3	Saludó	<ul style="list-style-type: none"> La practicante saludó y realizó rapport con los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> CD 	60 minutos
	Cantando	<ul style="list-style-type: none"> Se entregó a cada integrante del grupo un cancionero que contenía la letra de las canciones de su época, como son: Los panchos-Sabor a mí, Agustín Lara-Maria bonita, José Alfredo Jiménez-La media vuelta, Javier Solís-Sombras nada más, Pedro Infante-Amorcito corazón y Lucha Villa-Eres divino La practicante colocó la canción de fondo enfatizando el título de la misma y pidió al grupo cantará apoyándose de la letra que contenía el cancionero. Dicho procedimiento se aplicó con cada una de las canciones Tras lo anterior la practicante preguntó al término de cada canción que recuerdos u experiencias le trajo dicha canción Para reafirmar la actividad, la practicante repitió una por una las canciones sin que el grupo dejará de cantarlas. Una vez que finalizó cada canción se mencionó y mostraron tarjetas con el título de cada canción pidiendo lo repitieran Antes de finalizar la practicante dio una breve sinopsis de las canciones vistas 	<ul style="list-style-type: none"> Cancionero Gafetes Grabadora Tarjetas de canciones 	
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> La practicante se despidió y agradeció la participación del grupo 		

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo reconoció cantantes de su época evocando recuerdos agradables y significativos de su vida que revivieron una gamma de emociones.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
4	Saludó Adivina el cantante Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante saludo y realizó rapport con los participantes • La practicante comenzó repartiendo las tarjetas que contienen el nombre del cantante al grupo, como son: Los Panchos-Contigo aprendí, Sonora Santanera-Perfume de Gardenias, Julio Jaramillo-Nuestro Juramento, Eyddie Gorme-Contigo a la distancia y Armando Manzanero-Somos novios • Así mismo, la practicante enfatizo el nombre de cada cantante y menciono algún evento importante • La practicante puso la canción de fondo, una vez que finalizó pidió al grupo levantar la imagen del cantante que se relacionaba con la canción. Para confirmar la respuesta se reprodujo la canción. Dicho procedimiento se llevó a cabo con cada cantante • La practicante dio por terminada la sesión con una breve sinopsis de los cantantes vistos reproduciendo un pequeño fragmento de la canción y procedió a despedirse agradeciendo la participación 	<ul style="list-style-type: none"> • CD • Gafetes • Grabadora • Tarjetas de cantantes 	60 minutos

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo expresó una gama de recuerdos que involucraron emociones de manera verbal y no verbal a través de temas musicales de su época.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
5	Saludó Adivina la canción Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante saludo y realizó rapport con los participantes • La practicante comenzó explicando al grupo la dinámica y repartió las tarjetas con el título de cada canción, que son: Pedro Infante-Cielito lindo, Lola Beltrán-Cucurucucu paloma, Sonia López-Mi caprichito, Hermanos Carrión-Lágrimas de cristal y Rigo Tovar-El sirenito • Así mismo, la practicante pidió al grupo escuchar con atención y cantar la letra de la canción que contiene el título de la misma • Una vez que terminó la canción, la practicante pidió al grupo levantar la tarjeta con el título de la canción, la respuesta se reafirmo reproduciendo la canción • Finalmente se pregunto si les recuerdo algo de sobre su vida, ejemplo: <i>"les recuerdo algún momento familiar, alguna situación, etc."</i>; dicho procedimiento se utilizó con todas las canciones • La sesión finalizó con la canción Consuelito Velázquez- Bésame mucho 	<ul style="list-style-type: none"> • CD • Gafetes • Grabadora • Tarjetas con el título de canciones 	60 minutos

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo revivió emociones sobre acontecimientos de su vida pasada que expresaron facial (gestos), corporal y de manera verbal con el apoyo de temas musicales que las representaron.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
6	Saludó	<ul style="list-style-type: none"> La practicante saludo y realizó rapport con los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> CD 	60 minutos
	Emociones	<ul style="list-style-type: none"> La practicante dio una breve introducción sobre ¿Qué son las emociones y sentimientos? ¿Cuál es su importancia y para sirven?, relacionadas con las imágenes que se mostraron y fueron entregando a cada miembro del grupo, mencionado las siguientes: alegría, felicidad, odio y amor Se pusieron las canciones y pidió al grupo cantar e imitar la expresión que realizó la practicante ejemplificando el título de la canción que reflejo una emoción de las siguientes: Los panchos-Historia de un amor, Los Dandys-Flor de Azalea, Celia Cruz-La vida es un carnaval, María Luisa Landín-Mis ojos te denuncian, Los Dandys-Gema y Antonio Aguilar -Ojitos verdes Terminada de la canción se le pidió al grupo levantar la tarjeta que indicará la emoción de está. El procedimiento se realizó con todas las canciones 	<ul style="list-style-type: none"> Gafetes Grabadora Tarjetas de emociones 	
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> La practicante cerró la sesión despidiéndose y agradeciendo su participación 		

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo reconocerá y recordará el sonido de los siguientes animales "elefante, perro, gato, ratón y pájaro, a través de música infantil de Cri-Cri.

52

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
7	Saludó Animales Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante saludo y realizó rapport con los participantes • La practicante puso el sonido que se relacionó y describió con la imagen que contiene el nombre del animal • Posteriormente, la practicante comenzó explicando al grupo la actividad y repartió a cada integrante la tarjeta de animales, mencionando los siguientes: paloma, gato, perro, elefante, ratón; y pidió escuchar atentamente la canción que menciona en el título el nombre de un animal que se relaciono con la imagen • Una vez que termino la canción, la practicante solicitó al grupo levantar la imagen del animal que indico el título de la canción, para corroborar la respuesta se reprodujo la canción enfatizando el título. El procedimiento se realizó con cada canción • La practicante finaliza la sesión con una breve sinopsis de los animales vistos y se despedirá 	<ul style="list-style-type: none"> • CD • Gafetes • Grabadora • Tarjeta de animales 	60 minutos

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo proyecto a través de la pintura recuerdos u emociones que la música instrumental generó en cada participante.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
8	Saludó	<ul style="list-style-type: none"> La practicante saludo y realizó rapport con los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> CD 	45 minutos
	Pintando	<ul style="list-style-type: none"> La practicante repartió a cada integrante el siguiente material: un cuarto de cartulina blanca y crayones Así mismo, la practicante explicó al grupo la actividad y puso la música de fondo pidiéndole a los participantes realizar un dibujo de acuerdo a lo que el ritmo y tono de la música les hiciera sentir o recordar Una vez que termino la canción, se le pide a cada integrante que explique lo que representa su dibujo 	<ul style="list-style-type: none"> Gafetes Grabadora Material didáctico 	
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> La practicante cierra la sesión despidiéndose y agradeciendo la participación del grupo 		

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la sesión el grupo relajó su mente y cuerpo a través de la técnica de Jacobson para niños con ayuda de música para relajación.

54

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
9	Saludó Relajación Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante saludo y realizó rapport con los participantes • La practicante acomodo al grupo en círculo y comenzó a explicar en lo que consistía la relajación de Jacobson para niños • Posteriormente se puso la música de fondo de relajación y pidió al grupo tomar una postura cómoda y mantener su atención en la voz de la practicante y la música, debido a lo extenso de la técnica la secuencia se encuentra en el Anexo 4 • La técnica de relajación se complemento con la integración del sonido de los siguientes instrumentos: pandero, tambor, güiro, guitarra, maracas, palo de agua, y matraca. Al terminó se preguntó a los participantes si reconocieron algún instrumento • La practicante finalizó la sesión cuestionando al grupo como se sintió, si les gusto y por último agradeció la asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • CD • Gafetes • Grabadora • Relajación Jacobson en niños 	45 minutos

FIN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo Específico: Al finalizar la última sesión el grupo escucho y canto una serie de canciones de su época que fundamentaron el fin del taller con canciones de mariachi.

SESION	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
10	Saludó	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante saludo y comento al grupo ser la última sesión del taller 	<ul style="list-style-type: none"> • CD 	45 minutos
	Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • La sesión se cerró con canciones de mariachi donde el grupo canto, bailo y movió el pañuelo que se les entregó, como son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ El son de la negra ✓ El rey ✓ Mujeres divinas ✓ Amor eterno ✓ El mariachi loco quiere bailar ✓ Las Golondrinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gafetes • Grabadora • Pañuelo 	
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • La practicante terminó la sesión mencionando su nombre y agradeció la participación de todo el grupo y se despide 		

Materiales:

- * Instrumentos musicales:
 - Tambores
 - Maracas
 - Güiro
 - Palo de lluvia
 - Guitarra

- * Sillas
- * Mesa
- * CD
- * Bocinas
- * Laptop
- * Material didáctico:
 - Tarjetas con imágenes
 - Plumones
 - Pluma
 - Colores
 - Gafetes
 - Cancionero
 - Hojas blancas
 - Pañuelo blanco

- * Frutas para degustar: naranja, limón, melón, cereza, durazno y guayaba.

Estrategia de evaluación

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), fue desarrollado por Beck en 1988, con el objetivo de valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

Es un inventario compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad, centrándose en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad estando sobrerrepresentado este componente. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a moderadamente, fue "muy desagradable pero podría soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podría soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará solo la de mayor puntuación).

Interpretación

Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de la ansiedad, tanto en desorden de ansiedad como en cuadros depresivos, dado que su utilización se da en la población en general.

El rango de la escala es de 0 a 63, la puntuación media en pacientes con ansiedades de 25, (de 11,4) y en sujetos normales 15 (de 11,8), mientras que sujetos con alguna patología obtiene una puntuación media de 13,4 (de 8,9).

El carácter de corte aceptado para discriminar entre población normal y ansiedad limita su empleo para obtener un diagnóstico de sospecha,

Propiedades

Fiabilidad: elevada consistencia interna (alfa Cronbach de 0,90 a 0,94), la correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71

Validez: los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los datos de cada participante, haciéndose notar que fueron tomados de sus expedientes de la Institución ya que debido a los problemas cognitivos que presentan no fue posible entrevistarlos personalmente; asimismo se presentan los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck aplicado como Pre-test y Post-test.

Participante 1

Nombre: José Rodolfo Arredondo Arroyo.

Edad: 78 años.

Lugar/ fecha de nacimiento: Valle de Santiago; Guanajuato, 5 de Junio de 1934.

Estado civil: Casado desde 1963.

Actividad previa: Venta de seguros.

Diagnóstico general: Daño orgánico cerebral, deterioro cognitivo leve, demencia vascular en etapa muy inicial.

Fecha de evaluación de la Institución: 5 de Septiembre del 2011.

En el pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtuvo un puntaje de 22 aciertos indicando un nivel de ansiedad moderada que se encuentra ligeramente por debajo de la media de 25; lo cual indico cierta incapacidad de relajación reflejándose en malestares somáticos que se manifiestan mediante sensaciones de inestabilidad e inseguridad física, hormigueo, entumecimiento, nerviosismo, mareo, taquicardia, palpitations, temblor generalizado en piernas y manos y sudoración. De tal manera que su equilibrio emocional se ve afectado, al presentar

una resistencia y temor ante el reconocimiento de su padecimiento; así como el progreso del mismo.

Una vez que concluyó la intervención, nuevamente se aplicó el BAI como post-test obteniendo un puntaje de 14 aciertos, lo que indicó que el rango de ansiedad disminuyó reflejándose en una menor manifestación de síntomas somáticos como el hormigueo o entumecimiento, temblor generalizado de piernas y manos, taquicardias o palpitaciones y miedo a morir; así como una mejora emocional que facilitó una mayor adaptación y comprensión al padecimiento.

Participante 2

Nombre: Mario Gómez Pérez.

Edad: 87 años.

Lugar/ fecha de nacimiento: México; Distrito Federal, 30 de Noviembre de 1924.

Estado civil: Casado (se desconoce la fecha).

Actividad previa: Contador Público, Jubilado aproximadamente 30 años.

Diagnóstico general: Demencia mixta por causas múltiples: hidrocefalia, infartos vasculares cerebrales, degeneración primaria y hematoma subdural por lesión quirúrgica.

Fecha de evaluación de la Institución: 29 de Junio del 2012.

El pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtuvo un puntaje de 1 acierto indicando un rango de ansiedad bajo, lo cual indicó la presencia de una incapacidad de relajación reflejándose en malestares somáticos que aparentemente no son frecuentes tales como el hormigueo o entumecimiento de extremidades superiores e inferiores así como molestias digestivas. De tal manera

que su ámbito emocional se ve afectado, por lo que presenta un temor y resistencia ante el reconocimiento y continuo progreso de su padecimiento.

Una vez que concluyó la intervención, se administro el BAI como post-test obteniendo un puntaje de 5 aciertos indicando que su nivel de ansiedad se ubico en un promedio bajo; observándose de acuerdo al test que aumentaron sus problemas somáticos en cuanto al hormigueo o entumecimiento, sensación de calor, terrores, sobresaltos, molestias digestivas y abdominales y rubor facial, reflejándose en su estado emocional, el cual se vio aún más afectado, debido a que se incrementó el temor y resistencia por reconocer su problemática y el progreso de la misma.

Participante 3

Nombre: Guadalupe Pérez Pedraza.

Edad: 78 años.

Lugar/ fecha de nacimiento: México; Distrito Federal, 25 de Enero de 1934.

Estado civil: Viuda (2000).

Actividad previa: Ama de casa.

Diagnóstico general: Demencia de etiología tipo Alzheimer de riesgo en etapa moderada, factores de riesgo para demencia vascular.

Fecha de evaluación de la Institución: 1 de Agosto del 2011.

El pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtuvo un puntaje de 13 aciertos indicando un nivel de ansiedad moderada que se encuentra ligeramente por debajo de la media de 25; lo que indico cierta incapacidad de relajación reflejándose en malestares somáticos que se manifiestan mediante sensaciones

de hormigueo o entumecimiento, sensación de calor, temblor generalizado en piernas y manos, mareo o aturdimiento, terrores, sensación de ahogo y molestias digestivas o abdominales. De tal manera que su equilibrio emocional se ve afectado, al presentar una resistencia y temor ante el reconocimiento de su padecimiento así como el progreso del mismo.

Una vez que concluyó la intervención, nuevamente se administró el BAI como post-test obteniendo un puntaje de 7 aciertos, lo que indicó que el nivel de ansiedad disminuyó reflejándose en una menor manifestación de malestares somáticos como el hormigueo o entumecimiento, sensación de calor, temblor en piernas y manos y nerviosismo; así como una mejora emocional que facilitó una mayor adaptación y comprensión del padecimiento.

Participante 4

Nombre: María Cecilia Rojo Collado.

Edad: 71 años.

Lugar/ fecha de nacimiento: Teziutlán; Puebla, 26 de Diciembre de 1939.

Estado civil: Casada desde 1976.

Actividad previa: Ama de casa.

Diagnóstico general: Demencia Vasculare en etapa inicial a moderada.

Fecha de evaluación: 25 de Octubre del 2010.

El pre-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtuvo un puntaje de 3 aciertos indicando un rango de ansiedad bajo, lo cual indicó la presencia de una incapacidad de relajación reflejándose en malestares somáticos que aparentemente no son frecuentes tales como el hormigueo o entumecimiento, de

extremidades inferiores y superiores, terrores, nerviosismo y molestias digestivas o abdominales. De tal manera que el ámbito emocional se ve afectado, por lo que presentó un temor y resistencia ante el reconocimiento y continuó progreso de su padecimiento.

Una vez que concluyó la administración, se administro el BAI como post-test obteniendo un puntaje de 7 aciertos indicando que su nivel de ansiedad se ubicó en un promedio bajo; observándose de acuerdo al test que aumentaron sus problemas somáticos en cuanto al hormigueo o entumecimiento en extremidades inferiores y superiores, sensación de calor, terrores, sobresaltos, molestias digestivas y abdominales y rubor facial. De tal manera, su estado emocional se vio aún más afectado debido a un incremento de temor y resistencia por reconocer su problemática y el progreso de la misma.

A continuación se muestra la figura con los resultados de los participantes en el Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

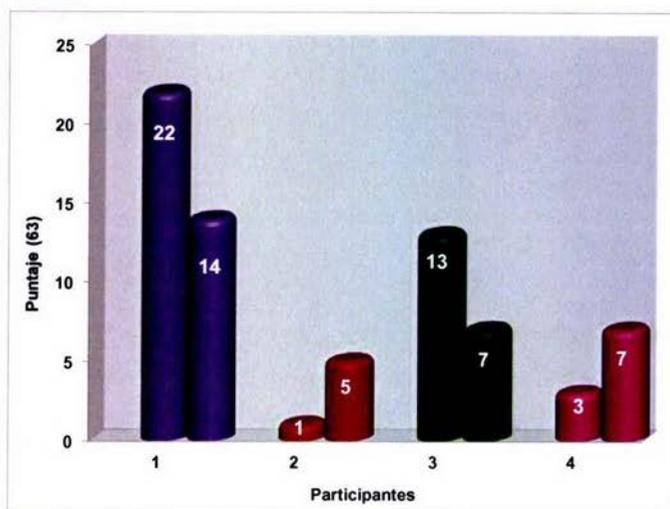


Figura del Pre-test y Post-test del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En esta figura se muestra el puntaje que obtuvieron los participantes en la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) tanto del pre-test como del post-test durante el programa de intervención con Musicoterapia. De tal manera que se puede observar la evolución que cada uno de los participantes manifestó en un antes y un después.

Clínicamente se obtuvieron resultados mediante la evaluación inicial ayudando a mejorar las sesiones del proyecto, ya que se observó que los participantes presentaban un nivel de ansiedad elevado a consecuencia de la dificultad de aceptación de su enfermedad y pérdida de memoria que estos van notando al no poder recordar y expresar eventos de su vida pasada.

Recapitulando el trayecto de las sesiones se pudieron apreciar distintos avances en los participantes, los cuales consistieron en una mayor habilidad en cuanto a su expresión de ideas y emociones, conductas cooperativas, mayor atención y concentración, actitud sociable y empática, recuerdo de cantante y canciones, frutas y animales; notablemente estas mejorías lograron notarse a partir de la sesión 3 hasta finalizar.

En la sesión 2, los participantes reflejaron una conducta de impresión al degustar la pequeña porción de dichas frutas que les fue entregada, ya que lograron afirmar su sabor y deleite gustativo pidiendo incluso mayor porción. Así mismo, en las sesiones 3, 4, 5 y 6 se apreciaron un regocijo de expresión de emociones tanto verbal como corporalmente, al referir eran canciones y cantantes de sus tiempos.

Por otro lado, la sesión 7 dejó apreciar el afecto y preferencia que estos tienen hacia algunos de los animales ubicando su sonido y tipo de comida, refiriendo frases como: *"Participante 3. Recuerdo que en mi casa tengo muchos pajaritos, Participante 1. Me encantan los perros, he tenido mucho y ahorita tengo una en casa, Participante 4. Sí, creó que si tenía un perro, me gusta como se ve en esta foto"*.

La sesión 8 por su parte reflejó abstractamente una gama de emociones impregnada a través de un recuerdo del pasado, como: *"Participante 1. Dibuje este el mar porque es un lugar que me relaja y me recuerda cuando fui, escuchar como las olas golpean las rocas, el calor y una palmera con cocos frescos, Participante 3. Este es un vestido que yo misma me hice e incluso le hacía sus vestidos a mis hermanas, pero también me acuerdo de que mi papá me pegaba cuando le subía el volumen a la radio y que me veía bailar"*. A pesar de que los participantes 2 y 4 requirieron de una copia para dibujar, estos lo realizaron positivamente.

Como ya se había mencionado, durante el transcurso y una vez finalizadas las sesiones los participantes mejoraron y obtuvieron suficientes herramientas mostrando una mejoría en su calidad de vida de acuerdo a los objetivos establecidos.

DISCUSIÓN

El programa de intervención se elaboró en base a las necesidades específicas de pacientes con demencia, donde a través de una adaptación de estrategias recreativas e innovadoras y el uso de material didáctico permitieron que la música no tan solo reforzará aspectos emocionales sino también perceptuales en los receptores auditivos, visuales, gustativos y olfativos; tomando en cuenta el uso del método pasivo y activo. Tal como lo refieren Ortiz ,2009 y Mercadal-Brotons, 2008, en relación a que el uso de ambos métodos ayudaría a conseguir información específica e individualizada efectuando cambios importantes mediante el canto, baile, expresión sensorial y verbal, concentración y capacidad auditiva.

Por otro lado, es importante mencionar que la selección de la música se enfocó en el gusto de personas mayores con el fin de que los participantes lograrán remontar acciones pasadas y productivas que pudieran estimular aspectos anímicos, psicológicos, social, entre otros. El uso de diversos estilos de música como la de los años 50's, instrumental e infantil "*Cri-Cri*" contribuyo a que los participantes manifestarán una gran variedad de recuerdos enfocados en su infancia, adolescencia, relaciones amorosas-conyugales, familiares –padres, hermanos, hijos-, permitiéndoles adentrarse en un estado de relajación y emociones encontradas.

Ardila y cols., 2003 y Sánchez, 1977 corroborando lo anterior en el sentido de que la música es el elemento principal de la Musicoterapia ya que energética, biológica y psicológicamente los participantes pudieron presenciar un genero de fenómenos simbólicos, perceptivos, regresivos, lingüísticos, mnémicos que potenciaron un bienestar.

Otro de los aspectos que se tomaron en cuenta es que esta debería contener un ritmo, tiempo, armonía, tonalidad, frecuencia, intensidad e instrumentación de acuerdo al objetivo de cada una de las sesiones, ya que esto

implicaría mayor influencia y beneficios; tal como lo menciona Gutiérrez- Gutiérrez, 2009, Mercadal-Brotons, 2008, y Ortiz, 2009, actualmente la musicoterapia es una de las alternativas más utilizadas para la problemática, ya que entre más significativa y representativa mayores beneficios se obtendrán.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el programa de intervención se puede afirmar que el programa fue efectivo para los participantes 1 y 3, ya que se cumplieron los objetivos relacionados con el mejoramiento de la expresión de sus emociones reflejándose en el recuerdo de anécdotas y eventos de su vida pasada logrando una familiarización con la música a través de cantantes y canciones de su época, de tal manera que sus niveles de ansiedad disminuyeron permitiendo una mayor habilidad de relajación e interacción social, concordando con lo que refieren Palacios, 2001 y Barrera, 2002; Gaynor, 2001 y Madaule, 1993. Para ellos, la terapia musical es el medio que tiene como finalidad la estimulación de recuerdos, asociaciones y estados psicológicos que desarrollen un alto impacto de situaciones del pasado que permitan el autodescubrimiento y expresión de emociones que posibiliten el incremento de la capacidad, mejoría del estado de ánimo y un rendimiento de las facultades.

Asimismo, se observó que en dichos participantes la música funcionó como herramienta terapéutica, ya que lograron una reestructuración de sus procesos psíquicos enfocados en la evocación de emociones logrando disminuir algunos síntomas de malestares somáticos, lo cual coincide con Zepeda, 2009 y Betés de Toro, 2000; quienes afirman que la musicoterapia es una de las técnicas más utilizadas dentro de la psicología siendo capaz de modificar y causar efectos en la enfermedad mental.

Sin embargo, los participantes 2 y 4 obtuvieron una pobre mejoría debido a que su escasa expresión verbal dificultó la liberación de emociones y recuerdos importantes de su vida, así mismo reflejando una incapacidad de relajación a través de la música e interacción con sus compañeros; tal como lo refieren Mercadal-Brotons, 2008 y APA. En 1994 mencionan que la presencia de la demencia es un factor de limitación física, psíquica o intelectual que irá mermando

capacidades de acuerdo a su progreso, ya que es una enfermedad que surge en el cerebro y repercute en el estilo de vida.

Clínicamente se observó durante el transcurso de las sesiones que los participantes gran parte del tiempo se mostraron ansiosos, cursando delirios y alucinaciones debido al proceso degenerativo de la demencia, por lo que requirieron un mayor número de repeticiones en cuanto a las indicaciones de la dinámica, vocabulario, pistas, atención y dedicación, teniendo un mínimo de respuestas correctas. A pesar de las limitantes se logró difundir una actitud empática dentro del grupo de tal manera que dichos participantes expresaron ideas como: *¿Estas canciones son muy viejas verdad?, ¿Estos cantantes son de hace mucho tiempo, cuando era más joven, verdad?, ¿Por qué escucha estas canciones tan viejas?, etcétera;* lo cual coincide con la Dirección de Salud Pública y Alimentación de Madrid, 2007, que refiere que es importante conocer el nivel de deterioro ya que permitirá la ubicación de futuras complicaciones y manifestaciones en las esferas cognitiva-intelectual, psíquica-comportamiento y funcional.

Por último, es importante remarcar que los participantes mostraron mejorías significativas a nivel cualitativo y cuantitativo durante el proceso de intervención en base a la Musicoterapia.

CONCLUSIÓN

Hoy en pleno siglo XXI el promedio de vida en América Latina y mundialmente irá en aumento con el paso de los años, ya que actualmente padecer alguna enfermedad o llegar a una edad avanzada no significa la muerte, sino la búsqueda de opciones en cuanto a calidad de vida. Lo que deja decir que personas longevas para el 2025 y 2050 constituirán un alto porcentaje dentro de la población.

Como sabemos el envejecimiento es un proceso irreversible e involuntario en el que se hacen presentes cambios cognitivos, físicos, psicológicos y sociales que ciertamente son considerados como normales, pero cuando se habla de un daño orgánico considerado demencia, la problemática difiere una normalidad.

Desafortunadamente aún no se ha encontrado la cura pero si una gamma de alternativas capaces de brindar una mejor calidad de vida en los pacientes, ya que su rápido progreso y deterioro neurodegenerativo demanda un tratamiento preciso, específico y adecuado.

La falta de instituciones para pacientes con algún tipo de demencia ha generado que el nivel de atención sea deficiente y de un alto costo difícil de sustentar por la familia. Es por eso, que el bajo presupuesto con el que se cuenta provoca que el equipo interdisciplinario sea deficiente en cuanto a personal y capacitación de este mismo para el conocimiento de la problemática.

La Facultad de Psicología –Universidad Nacional Autónoma de México es una institución educativa que carece de materias y programas especializados en la vejez, por lo que es necesario que dentro de su plan de estudios se integren temas enfocados sobre futuras problemáticas y alternativas de solución en población de la tercera edad, ya que ir preparando a futuras generaciones implicaría un desarrollo a nivel salud, económico, educativo y del país.

La Fundación de Alzheimer "Alguien con quien contar" es una de las instituciones que desde hace 20 años se ha encargado de brindar seguridad y bienestar a personas con demencia, promoviendo para ellos y sus familias un sentido y mejor calidad de vida mediante servicios como una valoración geriátrica, expresión corporal, vigilancia de la salud, rehabilitación física, socialización, terapia ocupacional, gimnasia cerebral, paseos recreativos y culturales, valoración nutricional, ludoterapia, musicoterapia, neuroestimulación y grupos de apoyo a familiares, esto con la intención de aletargar el progreso degenerativo de la problemática.

El hecho de estar en una institución ha sido una de las experiencias más gratificantes que he podido experimentar a nivel profesional y personal, ya que durante mi estancia logré adquirir conocimientos que podré utilizar en futuras labores. Aprendí a ligar mis conocimientos teóricos-prácticos, la aplicación de pruebas psicológicas así como su integración e interpretación, elaboración de expedientes y un diagnóstico clínico y una integración de planes.

Así mismo, aprendí a elaborar programas de intervención para pacientes con demencia específicamente desarrollando un programa de Musicoterapia; mediante el cual pude entrenarme en cómo poder manejar y desenvolverme frente de un grupo, así como enfrentar y resolver las dificultades que se fueran presentando.

Por otro lado, fue importante conocer el equipo interdisciplinario así como la función que cada uno de estos ejerce, ya que son quienes se encargan de cuidar y brindar la ayuda necesaria a los pacientes el tiempo que permanecen en la fundación. El grupo de apoyo está conformado de un director general, director administrativo, director asistencial, medicina física, neuropsicólogo, trabajo social, gericultistas, enfermeras, cocineras y personal de limpieza.

Finalmente, es importante mencionar que el programa de intervención con Musicoterapia sirvió y cumplió las expectativas esperadas de acuerdo a los objetivos establecidos.

Una vez que concluyó el programa de intervención los participantes reflejaron una mejor calidad de vida y una disminución significativa de los niveles de ansiedad, ya que dentro del programa se promovió una expresión de emociones, conductas y actitudes positivas, atención-concentración, técnicas de relajación, actividades recreativas, reconocimiento de frutas y una familiarización de la música a través de canciones y cantantes de su época remontando en situaciones de su vida pasada.

Dada la poca difusión y la necesidad de conocer centros de atención se incluye un anexo con los datos de institutos encargados de brindar atención a la problemática.

ANEXOS

ANEXO 1

Inventario de Ansiedad de Beck

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

DATOS	
Nombre:	Edad:
Sexo:	Fecha:
ESCALA	
(0) En absoluto.	
(1) Levemente, no me molesta mucho.	
(2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.	
(3) Severamente, casi no pude soportarlo.	

1. Hormigueo o entumecimiento.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse.				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				
13. Temblor generalizado o entumecimiento.				
14. Miedo a perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				

16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos.				
18. Molestias digestivas o abdominales.				
19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida al calor).				
Puntaje total:				

Rango de Puntuación

- 0 – 21 Ansiedad baja
- 22 – 35 Ansiedad moderada
- Más de 36 Ansiedad severa

ANEXO 2

I. Técnica Explicación.

El procedimiento de relajación para tratar problemas relacionados con la ansiedad como problemas orgánicos. La aplicación de una técnica de relajación resulta poco práctico: por lo que se adaptaron nuevas técnicas para trabajar.

II. Ejercicios de respiración.

Antes de llevar a la práctica el procedimiento de relajación se enseñara al grupo la manera adecuada de respirar, ya que la respiración es parte fundamental de poder lograr una relajación.

Se muestra a los participantes que el ejercicio de respiración profunda consiste en inspirar profundamente y mantener el aire durante unos segundos para que posteriormente expirar lentamente, así mismo se pide que imiten lo mostrado.

III. Procedimiento de relajación.

Se colocará a cada uno de los participantes en una silla cómoda de forma que sus pies puedan tocar el suelo, pidiéndoles que mantengan una postura recta sobre sus hombros y las manos sobre los muslos de sus piernas. Dicha posición deberá mantenerse durante 5 segundos y realizarse una serie de ensayos pidiéndole al grupo no pierda de vista lo que se está realizando.

A continuación, se describe el procedimiento de relajación en cada parte del cuerpo.

- Cabeza y cuello:

Los participantes moverán ligeramente de adelante hacia atrás su cabeza seguido de movimientos laterales. Posteriormente se les

pedirá tensen su cabeza hasta el cuello durante 5 segundos y suelten ligeramente. Ahora, cierran sus ojos presiónenlos por unos segundos y ábranlos lentamente, ahora inflen sus mejillas y contengan el aire y después sáquenlo. Ahora compriman la nariz como si hubieran olido algo feo y suelten después de unos segundos, finalmente presionen sus labios hasta que se les indique.

- Espalda, brazos y manos:

Los participantes deberán mover de afuera hacia adentro los brazos y contraer con fuerza los músculos de la espalda (2 repeticiones). Posteriormente deberán estirar los brazos hacia enfrente y cerrar fuertemente los puños (3 repeticiones) para después abrir y cerrar rápidamente.

- Estómago:

El grupo deberá inhalar suficiente aire hasta que su estomago se infle como un globo, y retener por unos segundos y ahora exhalar lentamente por la boca (3 repeticiones).

- Glúteos, piernas y pies:

Los participantes deberán apretar desde los glúteos y los muslos de las piernas hasta la punta de los dedos de los pies y soltar hasta que se les indique, este paso (3 repeticiones).

- Por último, los participantes deberán realizar 3 veces el ejercicio de respiración.

ANEXO 3

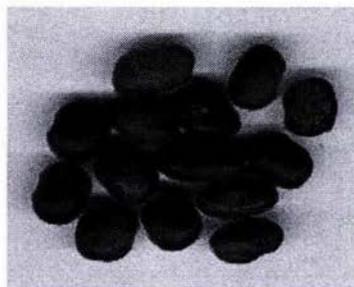
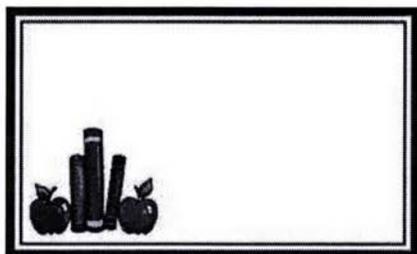
Directorio de instituciones que atiende a personas con demencia en el Distrito Federal y Estado de México.

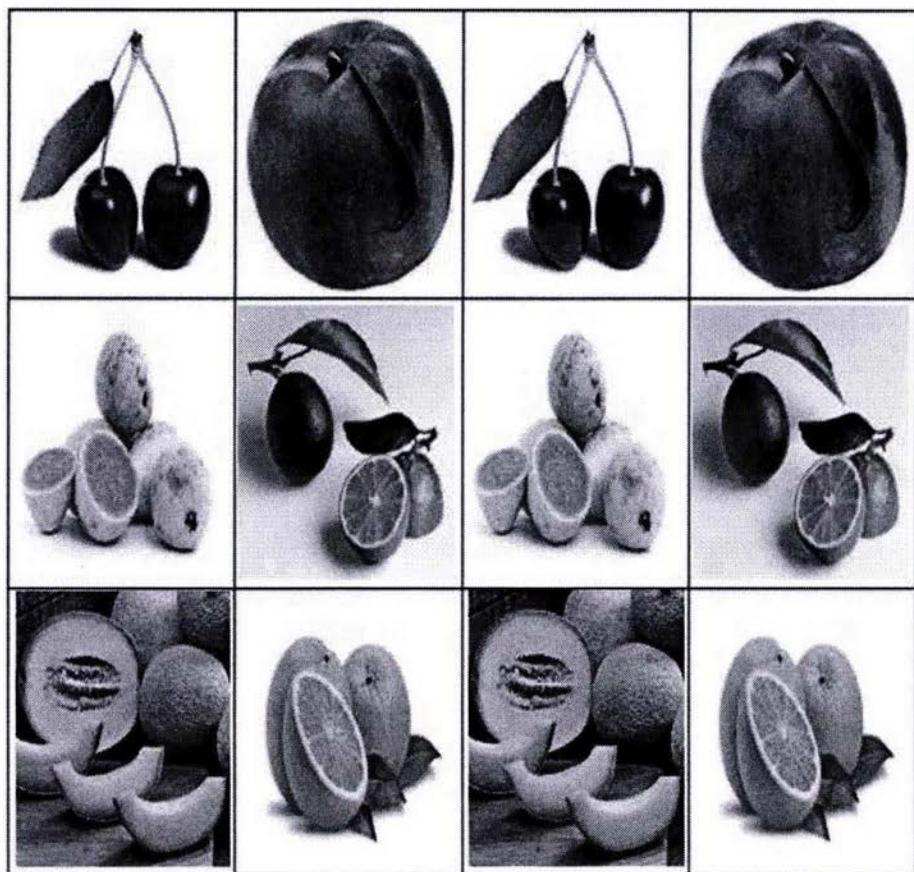
<p>Federación Mexicana de Salud Mental AC. Año de fundación: 1991. Dr. Jaime Ayala Villarreal.</p> <p>Actividades: Engloba a otras asociaciones de Salud Mental y organiza conferencias, congresos y cursos, procurando interrelacionarse con otros para generar beneficios a la población discapacitada mental e intelectual.</p>	<p>Rómulo Ofarril 351. Col. Olivar de los Padres., Del. Álvaro Obregón. CP. 01780.</p> <p>Tel. Fax 5550-1866, 5681-4287</p>
<p>Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. Dr. Jorge Vásquez Herrera Coordinador de servicios al derechohabiente.</p> <p>Actividades: En el aula de enseñanza se llevan a cabo sesiones de grupos de apoyo a familiares y amigos de enfermos de Alzheimer, se efectúan el segundo miércoles de cada mes a las 18:00 hrs., gratuitamente.</p>	<p>Av. Universidad y Río Churubusco. Col. Florida. Del. Álvaro Obregón. CP. 03100.</p> <p>Conmutador: 5322-2300</p>
<p>Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. Año de creación: 1987. Lic. Rosa Farrés (Directora)</p> <p>Actividades: Apoyo, educación, información y capacitación a familiares y profesionales interesados en la enfermedad de Alzheimer y sus similares.</p>	<p>Insurgentes Sur. No. 594-402. Col. Del Valle. Del. Benito Juárez. CP. 03100.</p> <p>Tel. 5523-1526 Horario de atención: 9:00 a 15:00hrs</p>
<p>Centro de Salud T III Mixcoac Año de creación: 1950. Dr. Carlos Alberto Osorio Aranda (Director).</p> <p>Actividades: Propiciar la salud mental mediante la atención de Psicólogos y psiquiatras.</p>	<p>Rembrandt No. 32. Col. Mixcoac. Del. Benito Juárez. CP. 03910.</p> <p>Tel. 5563-3713, 5563-3753</p>

<p>Comité Ciudadano de Apoyo al Hospital Psiq. Samuel Ramírez, I.A.P. Año de creación: 1997. T.R. Virginia González Torres (Representante).</p>	<p>Yucatán No. 259-303. Col. Narvarte. Del. Benito Juárez. CP. 03020. Tel. 5860-1530.</p>
<p>Actividades: Brindar apoyo a personas adultas con discapacidad mental que se encuentren en el hospital y proporcionar orientación a los externos del mismo nosocomio. Talleres de rehabilitación a 150 personas.</p>	
<p>Fundación Alzheimer, Alguien con Quien Contar, IAP. Año de creación: 1995. Psic. Ana Virginia Elenis Medrano (Directora).</p>	<p>Av. División del Norte No. 1044. Col. Narvarte. Del. Benito Juárez. CP. 03020. Tel. 5575-0910.</p>
<p>Actividades: Atención a pacientes por medio de terapias de estimulación; grupos de apoyo de familiares y docencia. Benefician a 50 pacientes y a sus respectivas familias. Cobran cuota según estudio socioeconómico.</p>	
<p>Hospital Regional Gabriel Mancera, ISSSTE. Lic. Rodríguez (Responsable).</p>	<p>Nicolás San Juan y Romero. Col. Del Valle. Del. Benito Juárez. CP. 03100. Tel. 5639-5822.</p>
<p>Actividades: En el aula 4 del sótano de consulta externa, sesiona el grupo de apoyo a familiares y amigos pacientes de Alzheimer. Sesionan el último jueves de cada mes a las 18:00 hrs.</p>	
<p>Hospital Psiquiátrico Con U. M. F. Número 10, IMSS. Director Dr. Ezequiel Alonso Vélez.</p>	<p>Calzada de Tlalpan No. 931. Col. Niños Héroe. Del. Benito Juárez. CP. 16629. Tel. 5579-6122, 5579-6359.</p>
<p>Actividades: Consulta psiquiátrica y hospitalización a derechohabientes.</p>	
<p>Instituto Nacional de Neurología Año de creación: 1969. Dra. Teresa Corona Vázquez (Director). Janet Rodríguez (Coordinadora del grupo de apoyo).</p>	<p>Calzada México, Xochimilco No. 289. Col. Arenal de Guadalupe. Del. Tlalpan. CP. 14389. Tel. Conmutador 5999-1000.</p>
<p>Actividades: Atención investigación y docencia sobre enfermedades neurológicas. El primer viernes de cada mes, a las 12:00 hrs. sesiona el grupo de apoyo para familiares y amigos de personas con enfermedad de Alzheimer.</p>	

ANEXO 4

Material utilizado durante las sesiones.





CANCIONERO

LOS PANCHOS

"SABOR A MÍ"

Tanto tiempo disfrutamos de este amor
nuestras almas se acercaron tanto así

que yo guardo tu sabor

pero tú llevas también, sabor a mí.

Si negaras mi presencia en tu vivir

bastaría con abrazarte y conversar

tanta vida yo te di

que por fuerza tienes ya, sabor a mí.

No pretendo, ser tu dueño,

no soy nada yo no tengo vanidad

de mi vida, doy lo bueno,

soy tan pobre que otra cosa puedo dar.

Pasarán más de mil años, muchos más

yo no sé si tenga amor, la eternidad

pero allá tal como aquí,

en la boca llevarás, sabor a mí.

AGUSTIN LARA

“MARÍA BONITA”

Acuérdate de Acapulco
de aquella noche
María bonita, maría del alma;
acuérdate que en la playa,
con tus manitas las estrellitas
las enjuagabas.
tu cuerpo, del mar juguete nave al garete
venían las olas lo columpiaban
y mientras yo te miraba
lo digo con sentimiento
mi pensamiento me traicionaba.
te dije muchas palabras de esas bonitas
con que se arrullan los corazones
pidiendo que me quisieras
que convirtieras en realidades
mis ilusiones.
la luna que nos miraba
ya hacía ratito
se hizo un poquito desentendida
y cuando la vi escondida
me arrodille para besarte
y así entregarte toda mi vida.
amores habrás tenido muchos amores
María bonita, maría del alma;
pero ninguno tan bueno ni tan honrado
como el que hiciste que en mi brotara
lo traigo lleno de flores
como una ofrenda
para dejarla bajo tus plantas,
recíbelo emocionada
y júrame que no mientes
porque te sientes idolatrada.

JOSE ALFREDO JIMENEZ

“LA MEDIA VUELTA”

Te vas porque yo quiero que te vayas,
a la hora que yo quiera te detengo,
yo sé que mi cariño te hace falta,
porque quieras o no yo soy tu dueño.

Yo quiero que te vayas por el mundo,
y quiero que conozcas mucha gente,
yo quiero que te besen otros labios
para que me compares hoy como siempre.

Si encuentras un amor que te comprenda
y sientas que te quiere más que nadie,
entonces yo daré la media vuelta
y me iré con el sol cuando muera la tarde.

Entonces yo daré la media vuelta
y me iré con el sol cuando muera la tarde.

Si encuentras un amor que te comprenda
y sientas que te quiere más que nadie,
entonces yo daré la media vuelta
y me iré con el sol cuando muera la tarde.

Entonces yo daré la media vuelta
y me iré con el sol cuando muera la tarde.

JAVIER SOLIS

“SOMBRAS NADA MÁS”

Quisiera abrir lentamente mis venas,
mi sangre toda verterla a tus pies,
para poderte demostrar
que más no puedo amar
y entonces morir después.

Y sin embargo tus ojos azules,
azul que tienen el cielo y el mar,
viven cerrados para mí
sin ver que estoy aquí
perdido en mi soledad.

Sombras nada más
acariciando mis manos,
sombras nada más
en el temblor de mi voz.

Pude ser feliz
y estoy en vida muriendo
y entre lágrimas viviendo
el pasaje más horrendo
de este drama sin final.

Sombras nada más
entre tu vida y mi vida,
sombras nada más
entre tu amor y mi amor.

Qué breve fue tu presencia en mi hastío,
qué tibias fueron tus manos, tu voz;
como luciérnaga llegó tu luz
y disipó las sombras de mi rincón.

Y yo quedé como un duende temblando
sin el azul de tus ojos de mar
que se han cerrado para mí
sin ver que estoy aquí
perdido en mi soledad.

Sombras nada más
acariciando mis manos,
sombras nada más
en el temblor de mi voz.

Pude ser feliz
y estoy en vida muriendo
y entre lágrimas viviendo
el pasaje más horrendo
de este drama sin final.

Sombras nada más
entre tu vida y mi vida,
sombras nada más
entre tu amor y mi amor.

PEDRO INFANTE

"AMORCITO CORAZÓN"

Amorcito corazón
yo tengo tentación de un beso
que se prenda en el calor
de nuestro gran amor, mi amor

Yo quiero ser un solo ser
un ser contigo
te quiero ver en el querer
para soñar

En la dulce sensación
de un beso mordelón quisiera
amorcito corazón
decirte mi pasión por ti

Compañeros en el bien y el mal
ni los años nos podrán pesar
amorcito corazón
serás mi amor

En la dulce sensación
de un beso mordelón quisiera
amorcito corazón
decirte mi pasión por ti

Compañeros en el bien y el mal
ni los años nos podrán pesar
amorcito corazón
serás mi amor.

LUCHA VILLA
"ERES DIVINO"

Personas como tu quedan muy pocas ya,
lo supe desde el día en que yo te conocí,
porque bese bastante otras bocas más,
ninguna como tú me hizo feliz.

Me gusta porque eres diferente amor,
hasta yo misma he comprendido al ver que tu,
eres muy especial e inteligente tu,
me gusta porque me haces más mujer.

Eres divino, amor, divino
estoy muy orgullosa de ser tuya
de estar entre tus brazos que me arrullan

Eres divino, amor, divino
en toda la extensión de la palabra
eres un buen amor y un gran amigo
me encanta estar de ti enamorada.

Qué suerte tuve, aquella tarde
qué suerte tuve, al encontrarte
en mi camino, en mi camino
me dio hasta la impresión de que en mis sueños,
bastantes otras veces yo te vi.

Dios quiera que esto no se acabe nunca
que juntos continuemos siempre así.

Porque eres divino, amor, divino.



PEDRO INFANTE

LOLA BELTRÁN

CIELITO LINDO

**CUCURRUCUCU
PALOMA**

SONIA LÓPEZ

**HERMANOS
CARRIÓN**

MI CAPRICHITO

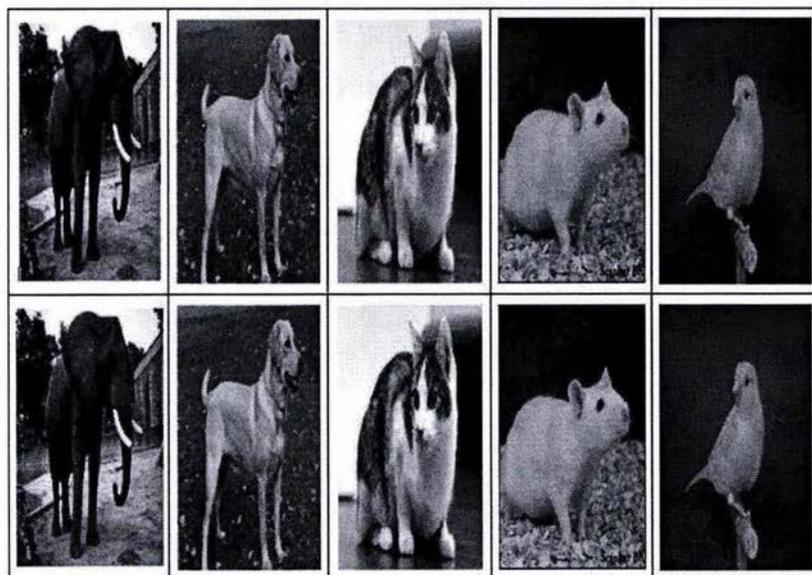
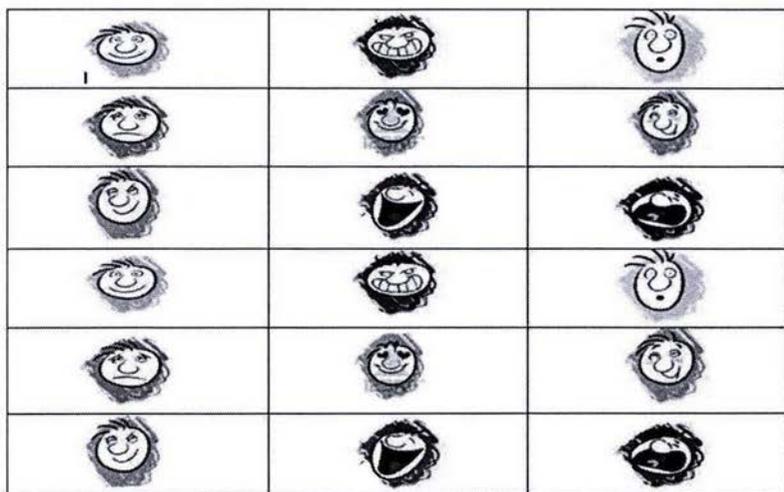
**LÁGRIMAS DE
CRISTAL**

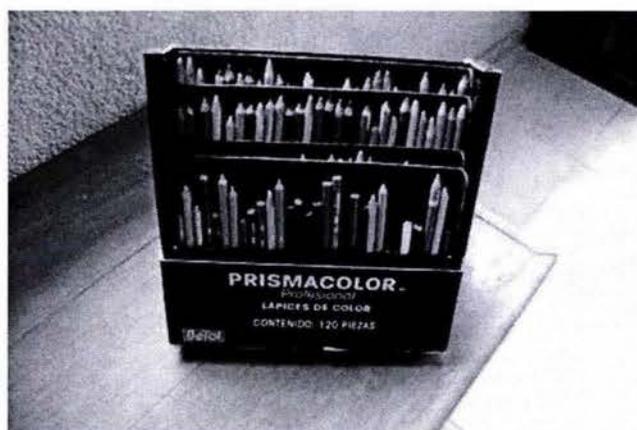
RIGO TOVAR

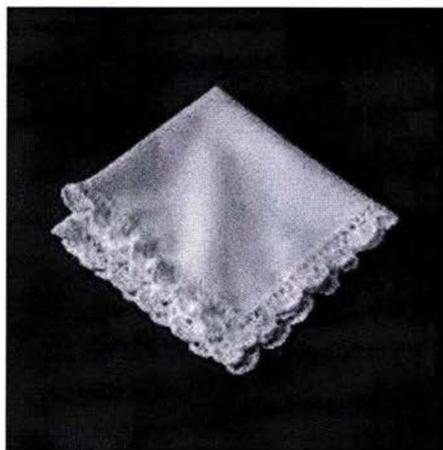
**JORGE
NEGRETE**

EL SIRENITO

**MÉXICO LINDO Y
QUERIDO**







REFERENCIAS

1. Arango, Fernández y Ardila (2003). Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México, D.F.: Manual Moderno.
2. Alanis-Niño, G., Garza-Marroquin, J. V. y González-Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46 (1):27-32. Consultada el 19 de enero del 2012, <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>.
3. Alberca, R. y López-Pousa (1998). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. España: Médica Panamericana.
4. Alberca, R. y López-Pousa, S. (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. España: Médica Panamericana.
5. Agüera, Cervilla y Martín (2006). Psiquiátrica Geriátrica (2ª Ed.). Barcelona; España: Masson.
6. Beck Aaron T. y Steer Robert A. (1996). Inventario de Ansiedad de Beck. Adaptación española; Pearson.
7. Betés de Toro, M. (2000). Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata.
8. Bruscia, K. E. (2007). Musicoterapia: métodos y prácticas (1ª Ed.). México, D.F.: Pax México.
9. Cano, C. A. (2007). Tratamiento de las demencias. Revista Colombiana de Psiquiatría 36 (1), pp. 157-174. Bogotá; Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Consultada el 21 de marzo del 2012, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80617858013.pdf>.

10. Cautela, Joseph R (1985). Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona; Martínez Roca.
11. Cenproex, Román, Alcántara, Morientes y Nieves de Lorza (2005). Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer: Atención especializada (1era., Ed., Abril). España: MAD.
12. Estrella, A. (2007). Deterioro cognitivo a nivel de calidad de vida en pacientes del módulo de gerontología de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Facultad de Medicina. Trabajo de investigación, México, D. F.
13. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México. Directorio de instituciones que atienden personas con discapacidad en el Distrito Federal y municipios conurbados del Edo. De México. Consultado el 27 de noviembre del 2012: http://www.trabajosocial.unam.mx/dir_instituciones/directorioidiscapacidad.pdf.
14. Fernández, C. (2009). Prevalencia de las Demencias en el servicio de Geriátrica del Hospital General de México O.D. Tesis de Posgrado. Hospital General de México O.D.
15. Frot, Duaso, Reig y Robles (2007). Atención a la demencia: visión integradora de la geriatría. Barcelona: Nexus Médica.
16. García, M. (Junio, 2010). Análisis de las investigaciones realizadas de la Universidad Autónoma Nacional de México acerca del envejecimiento normal y las demencias del 2000 al 2009. Tesina de Licenciado en Psicología. Ciudad Universitaria, D.F.

17. Galicia, M. A. (2008). Rehabilitación de la memoria episódica y semántica en pacientes con Alzheimer. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
18. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de:
http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_alzheimer_demencias_pcsns_aiaqs_2011vc.pdf.
19. Gutiérrez-Gutiérrez, G. (2009). Musicoterapia: cuando se acaban las palabras empieza la música. Revista de la Confederación en mente, N° 30 (Septiembre), pp. 1-28. Consulta el 22 de marzo del 2012, <http://www.ceafa.es/themed/ceafa/files/docs/4b0e51e9b4.pdf>.
20. Gómez, M. F. (Junio, 2007). Programa de Rehabilitación del Lenguaje en pacientes con Alzheimer. Informe de Prácticas, Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, México, D.F.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia#Or.C3.ADgenes>
21. Jauset, J. (2009). Música y neurociencia: la musicoterapia Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas (1era. Ed., Octubre). Barcelona: UOC.
22. Martín, A. (2002). Diagnóstico y tratamiento de las demencias en Atención Primaria. Barcelona, España: Masson.
23. Martín, M. (2004). La enfermedad de Alzheimer: un trastorno neuropsiquiátrico. Barcelona: Ars Médica.

24. Martín, M. et al. (2005). Consenso Español sobre Demencias (1ª Ed., Octubre). Barcelona: Sociedad Española de Psicogeriatría. Recuperado de: <http://sepg.es/actividades/LibroConsenso.pdf>.
25. Marists, J. F. (2010). Demencia. Gaceta Médica Caracas V.110, No. 3 (Julio). Caracas. Consultado el 19 de abril del 2012, http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622002000300003&script=sci_arttext.
26. Mercadal-Brotons, M. (2008). Manual de Musicoterapia en Geriatría y Demencias (1era. Ed.). España: Monsa-Prayma.
27. Morales, F. (Ed., 2000). Temas Prácticos en Geriatría y Gerontología Tomo I (1ª Ed.). San José; Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
28. Morfiño, A. (2003). Depresión y Demencia. Informaciones Psiquiátricas 172 (2º Trimestre). Sevilla: Área sanitaria del Hospital Universitario de Valme y Estudio de Psiquiátrica. Consultada el 18 de febrero del 2012, http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/02_172_03.htm.
29. Nava, G. (2009). Deterioro Cognitivo en personas institucionalizadas de la tercera edad un estudio comparativo entre casa hogar y centro de día del estado de México. Tesis Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores, UNAM.
30. Palacios, J. I. (2001, Diciembre). El concepto de Musicoterapia a través de la historia. Revista Universitaria de Formación de Profesorado, n° 42. Consultada en 14 de Enero del 2012, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/274/27404203.pdf>.
31. Peña-Casanova, J. (2007). Neurología de la Conducta y Neuropsicología. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.

32. Pinto, J. A. (2007). La Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias: Detección y cuidados en las personas mayores (1ª Ed., Abril). Salud Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Recuperado de: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/t062.pdf>.
33. Ponch, S. (1999). Compendio de Musicoterapia Vol. II. Barcelona: Herder.
34. OMS (1992): CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (DCPD). OMS, Ginebra; Madrid.
35. Othmer Ekkehard y Sieglinde (2003). DSM-IV-TR: La entrevista clínica Tomo II; Barcelona, España.
36. Ramírez, A. E. (n. d.). La musicoterapia como ayuda terapéutica en ancianos con demencia. Obtenida el 9 de febrero del 2012, de
37. Rodríguez, N. A. (2002). Comunicación: Musicoterapia y Salud. Revista Electrónica Medicentro 6 (1). Consultada en 14 de Enero del 2012, <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%20002/v6n1a02.htm>.
38. Sánchez J. H. (2011). Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Servicio Canario de la Salud: Gobierno de Canarias. Recuperado de: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7730420f-4820-11e1-92c3-9195656fdecf/26797_ag%20ALZHEIMER_%20baja.pdf.
39. Secretaría de Salud (1ª Ed., Mayo 2002). Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias. Consultado el 27 de noviembre del 2012, http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/quias_tecnicas/demencia.pdf.
40. Slachevsky, A. y Oyarzo, F. (2008). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. Consultado el 16 de Noviembre.

Tratados de Neuropsicología Clínica, pagina web:
http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Dementia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf

41. Toro-Greifenstein, Yepes-Roldán y Tellez-Vargas (2004). *Psiquiatría* (4ª Ed). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
42. Trujillo de los Santos, Bacerra y Rivas (2008). *Latinoamérica envejece: visión gerontológica-geriátrica*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
43. Vivalta, J. (2010). *Depresión y Demencia*. Unidad de Valoración de la Memoria y de las Demencias: Hospital Santa Caterina (Instituto de Asistencia Girona. Contemplado el 24 de enero del 2012, <http://www.demenciasen.org/articulos/DEPRESION%20Y%20DEMENCIA.htm>.
44. Weiner, M. F. y Lipton A. M. (2010). *Manual de enfermedades de Alzheimer y otras demencias*. España: Panamericana.
45. Zepeda, T. G. (2009). *La musicoterapia como técnica de intervención en el proceso terapéutico*. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.