

SEMPA

Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para
Personas con Alzheimer
y otras Demencias



**UNIVERSIDAD
PONTIFICIA DE
SALAMANCA**

Colección Documentos

Serie Documentos Técnicos

N.º 21021

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Esta publicación ha sido promovida por el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso, y está basada en la investigación desarrollada por el Máster en Musicoterapia de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Texto elaborado por:

Luis Alberto Mateos Hernández. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA
María Teresa del Moral Marcos. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA
Beatriz San Romualdo Corral. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

Coordinación:

M^a Elena González Ingelmo. Responsable del Área de Investigación del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer. Imserso.

Primera edición, 2012

© **Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)**

EDITA:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad
Instituto de Mayores y Servicio Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. a Ginzo de Limia, 58, 28029 Madrid
Tel. 91 703 39 35 – Fax. 91 703 38 80
E-mail: publicaciones@imserso.es
<http://www.imserso.es>

NIPO: 686-12-011-0

SISTEMA DE EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER (SEMPA)

Índice

0. Prefacio

I. MARCO TEÓRICO

1 Aproximación a los conceptos de envejecimiento, enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

- 1.1 Envejecimiento y calidad de vida.
- 1.2 Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras Demencias.
 - 1.2.1 Demencias primarias o degenerativas
- 1.3 Conclusiones

Referencias Bibliográficas.

2 Musicoterapia y Alzheimer

- 2.1 Definición de Musicoterapia
- 2.2 Objetivos que se buscan con la Musicoterapia en personas con Enfermedad de Alzheimer
- 2.3 Principales estudios de investigación en Musicoterapia sobre personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
- 2.4 Elementos necesarios para la realización de la Musicoterapia
- 2.5 Formación y competencias del musicoterapeuta
- 2.6 Tipos de Usuarios a los que van dirigidos los programas de musicoterapia
- 2.7 Temporalización
- 2.8 Diseño de una sesión para personas con Enfermedad de Alzheimer.
- 2.9 Evaluación

Referencias Bibliográficas

3 Evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

- 3.1 Aproximación a la evaluación musicoterapéutica
- 3.2 Instrumentos de evaluación musicoterapéutica
- 3.3 Instrumentos de Evaluación musicoterapéutica para personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Referencias bibliográficas

II. DISEÑO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER (SEMPA).

4 Descripción del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

4.1 ¿Por qué un Sistema de Evaluación Musicoterapéutico para Personas con Enfermedad de Alzheimer?

4.2 Objetivos del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

4.3 Características del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

4.4 Modalidad de evaluación: Conducta incidental espontánea vs test situacionales.

4.5 Modalidad de investigación.

4.6 Instrumentos previos de evaluación para la recolección de datos

Referencias bibliográficas

5 Fases de elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

5.1 Elaboración de la primera versión borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

5.1.1 Criterios metodológicos para la jerarquización interna del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

5.1.2 Elaboración de la estructura jerárquica del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

5.1.3 Selección de las áreas de desarrollo.

- Área Psicomotriz
- Área Perceptivo-Cognitiva
- Área de Comunicación y Lenguaje
- Área Socio-Emocional.

5.1.4 Selección de las funciones psicológicas de cada área (subáreas).

5.1.5 Selección de los componentes de cada función psicológica.

5.1.6 Selección del modo cómo se manifiestan los componentes de la función psicológica.

5.1.7 Selección y elaboración de los ítems que detectan competencias de desarrollo.

5.1.8 Selección de las caracterizaciones (opciones) de cada ítem.

5.1.9 Elaboración del sistema de puntuación de los ítems y registro en hoja de respuestas.

5.2 Aplicación y revisión de la primera versión borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

- 5.2.1 Objetivos de la primera aplicación piloto
- 5.2.2 Modificaciones de la primera versión
- 5.2.3 Construcción de la segunda versión del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

5.3 Aplicación de la segunda versión borrador y garantías científicas del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

5.4 Construcción de la versión definitiva del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

5.5 Elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado desde los objetivos musicoterapéuticos prioritarios de cada paciente.

Bibliografía de referencia

6 Normas de aplicación, puntuación y registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

6.1 Normas de aplicación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

6.2 Normas de puntuación y registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

6.2.1 El sistema de puntuación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

6.2.2 El sistema de registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Bibliografía de referencia

III. ÁREAS DEL DESARROLLO EN EL SISTEMA DE EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER (SEMPA).

7 Musicoterapia orientada al área Psicomotriz en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

7.1 Qué es el desarrollo psicomotriz.

7.2 El área psicomotriz en las personas mayores.

7.3 El área psicomotriz en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

7.4 La Musicoterapia para el desarrollo del Área Psicomotriz de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

7.5 La evaluación musicoterapéutica del Área Psicomotriz de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

7.6 Articulación del área Psicomotriz en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

8 Musicoterapia orientada al área de Comunicación y Lenguaje en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

- 8.1 Qué es la comunicación y el lenguaje.
- 8.2 El área de comunicación y lenguaje en las personas mayores.
 - 8.2.1 Importancia de la evaluación del área de comunicación y lenguaje.
 - 8.2.2 Características de la comunicación y el lenguaje en el envejecimiento.
- 8.3 El área de comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer.
 - 8.3.1 Alteraciones más frecuentes en la comunicación y lenguaje en personas con Enfermedad de Alzheimer.
 - 8.3.2 Deterioro lingüístico en función de los estadios de la enfermedad.
- 8.4 La Musicoterapia para el desarrollo del área de comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer.
- 8.5 La evaluación musicoterapéutica del área de comunicación y lenguaje.
 - 8.5.1 La evaluación tradicional de la comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer:
 - 8.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.
 - 8.5.3 El área de comunicación y lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.
 - 8.5.4 Articulación del área de comunicación y lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias
 - 8.5.5 Ítems del área de Comunicación y Lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Bibliografía de referencia.

9 Musicoterapia orientada al área Perceptivo-Cognitiva en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

- 9.1 Qué es el Área Perceptivo-Cognitiva.
- 9.2 El Área Perceptivo-Cognitiva en las personas mayores.
 - 9.2.1 Importancia de la evaluación del área perceptivo-cognitiva.
 - 9.2.2 Características de la percepción y la cognición en el envejecimiento.
- 9.3 El Área Perceptivo-Cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
 - 9.3.1 Alteraciones más frecuentes de la percepción y la cognición en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
 - 9.3.2 Deterioro cognitivo en función de los estadios de la Enfermedad de Alzheimer.
- 9.4 La Musicoterapia para el desarrollo del Área Perceptivo-Cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer.
- 9.5 La evaluación musicoterapéutica del Área Perceptivo-Cognitiva.

9.5.1 La evaluación tradicional del área perceptivo-cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

9.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: la aportación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

9.5.3 Articulación del área Perceptivo-Cognitiva en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

Bibliografía de referencia

10 Musicoterapia orientada al área Socio-Emocional en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

10.1 ¿Qué son las emociones?

10.1.1 Concepto de emoción

10.1.2 Diferenciación del concepto de emoción con otros términos afines.

10.1.3 Funciones de las emociones

10.1.4 Clasificación de las emociones

10.1.5 Otros conceptos importantes del área socio-emocional

10.2 El área socio-emocional en las personas mayores.

10.2.1 Importancia de la evaluación del área socio-emocional

10.2.2 Características sociales y emocionales en el envejecimiento.

10.2.3 Importancia del desarrollo del área socio-emocional

10.3 El área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer

10.4 La musicoterapia para el desarrollo del área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

10.5 La evaluación musicoterapéutica del área socio-emocional.

10.5.1 La evaluación tradicional del área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

10.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: La aportación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

10.5.3 Articulación del área socio-emocional en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Referencias Bibliográficas.

ANEXO I: Protocolo de evaluación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

0. Prefacio

La Enfermedad de Alzheimer (EA) está causando estragos en nuestra sociedad. Cada vez hay más consciencia de la necesidad de abordarla desde todos los planos posibles, ya que su prevalencia va en aumento, la población española se está envejeciendo y además es una enfermedad que aún no tiene cura. Entre los objetivos más compartidos por los profesionales que atendemos a estas personas está el de mejorar la calidad de vida y retrasar en lo posible el avance de la enfermedad.

Dentro de este esfuerzo colectivo han ido evolucionando progresivamente las aportaciones de las "terapias no farmacológicas", o también llamadas "terapias integrativas". Las *terapias no farmacológicas* (TNF) son aquellas cuya intervención terapéutica no asientan su influencia en agentes químicos, sino más bien en la facilitación de un contexto estimular y psicosocial adecuado a las necesidades de las personas que participan en ellas. Esta regulación del contexto de interacción se asienta en el conocimiento científico, también en el sentido común y en la experiencia del profesional de quien la lleva a cabo. Las Terapias no Farmacológicas se pueden orientar tanto a las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer como a quienes les cuidan, ya sean familiares o profesionales. El principal agente de cambio en las Terapias no Farmacológicas es el propio profesional que, con sus intervenciones, va facilitando los procesos de cambio necesarios.

Entre las Terapias no farmacológicas destacan las *terapias artístico Creativas*, que son aquellas que emplean los lenguajes artísticos para favorecer la salud emocional y mental de las personas. Podemos definir las Terapias Artístico Creativas como "aquellas disciplinas que estudian, desarrollan y aplican técnicas, estrategias y métodos para establecer una relación de ayuda socioemocional mediante uno o varios lenguajes artísticos para poder así atender a las necesidades socioafectivas y del desarrollo integral de cada persona y poder abordar las dificultades o alteraciones emocionales y/o conductuales significativas que puedan presentarse. Cada una de ellas es una forma de psicoterapia en la que la experiencia estética al practicar un lenguaje artístico para la estimulación de un proceso creativo dentro de un encuadre terapéutico propicia cambios significativos y necesarios para la persona" (Mateos Hernández, 2011).

De entre todas ellas, la Musicoterapia destaca tanto por su amplio uso, como por su original práctica, versatilidad, eficacia y producción de conocimiento. En Estados Unidos, por ejemplo, es una formación universitaria desde 1940, y su práctica está generalizada a todos los países occidentales y buena parte del resto, aunque aún sigue siendo una disciplina reciente y en pleno desarrollo.

La musicoterapia parte de una concepción integral del ser humano, en la que se asume el concepto de salud y enfermedad en la línea con la definición de la Organización Mundial de la Salud. La enfermedad no es tanto la ausencia de salud sino la dificultad o incapacidad para acceder al propio potencial dentro del contexto concreto en el que vive la persona, asociado a una privación de bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 1948, 2001). Y por el contrario, la salud se concibe como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Por tanto, partimos ahora en esta nueva definición de un concepto positivo y más integral de la persona.

Entre las múltiples ventajas que ofrece la Musicoterapia para ayudar a personas también está su amplio abanico de metodologías que facilitan el acceso a la emoción, tanto para activarla como para equilibrarla, pudiéndose trabajar de forma muy normalizada dentro de los contextos naturales donde se encuentran las personas que necesitan este tipo de apoyo. Al fin y al cabo, la gente hace y/o comparte música con otras personas.

Quizás, la principal limitación que presenta actualmente la Musicoterapia, especialmente en el ámbito de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, es la dificultad para evaluar los procesos espontáneos que acontecen en las sesiones, que, si bien son de amplio interés fenomenológico por su autenticidad y potencialidad para activar procesos de salud socio-emocional, no es menos cierto que presentan dificultad para su evaluación por parte de los musicoterapeutas. En parte es debido a la rapidez de estos procesos, y también, en parte, a la escasez de herramientas de evaluación que faciliten dicha evaluación. A pesar de que en España hay más de 1600 musicoterapeutas, lo cierto es que aún son escasos los procedimientos de evaluación sistematizados para la obtención de información de los participantes de la intervención, especialmente cuando nos referimos a pacientes con Alzheimer.

Por todo ello, iniciamos esta andadura para la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, dentro del marco del Centro de Referencia Estatal de Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca (España), perteneciente al Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.¹ Nos propusimos crear un Sistema de Evaluación que facilitara esta tarea a los musicoterapeutas, y que, al tiempo, fuera una herramienta de orientación y toma de decisiones en cuanto a las necesidades prioritarias de cada persona con Enfermedad de Alzheimer. Permite obtener una mejor sistematización de la información obtenida en las sesiones de intervención musicoterapéutica mediante la jerarquización de las competencias prioritarias en función de las áreas adaptativas del desarrollo y su concreción en ítems de evaluación. Estamos convencidos que, con una mejor sistematización de la información evaluativa mejoramos la calidad y eficacia de la intervención de los musicoterapeutas con las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Hemos diseñado un protocolo de evaluación criterial centrado en competencias personales de desarrollo psicológico de acuerdo a cuatro áreas: psicomotriz, perceptivo-cognitiva, comunicación y lenguaje, y socio-emocional. Hemos buscado que estuviera diseñado con un lenguaje técnico compatible con las jergas de otros profesionales de disciplinas socio-sanitarias y de las ciencias humanas y sociales, para facilitar la comprensión de las aportaciones de los musicoterapeutas a los diferentes equipos interdisciplinares en los que forma parte.

Desde este punto de vista, también nos interesa señalar que el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es un ejemplo más de esa opción profesional por centrarnos en el propio potencial de las personas, en sus competencias personales, dentro del contexto en el que vive la persona. La evaluación de competencias nos permite delimitar las zonas limítrofes donde la persona es susceptible de aprender con ayuda o apoyo, convirtiéndose estos ítems en la guía para la delimitación de objetivos/necesidades prioritarias de cada persona.

¹ El Centro de Referencia Estatal de Alzheimer de Salamanca, dependiente del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, es un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre el Alzheimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y sus familias.

El presente libro se compone de tres partes y del protocolo de Evaluación Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias propiamente dicho.

La primera parte es el marco teórico en el que se asienta nuestra propuesta de evaluación. Consta de 3 capítulos. El primero de ellos se titula Aproximación al concepto de Envejecimiento, Enfermedad de Alzheimer, y otras Demencias. Versa sobre el envejecimiento y el importante reto de la calidad de vida en las personas mayores en general. Posteriormente se centra en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras Demencias.

El segundo capítulo, titulado "Musicoterapia y Alzheimer" es una breve introducción a la musicoterapia como disciplina técnica, científica y aplicada. Se expone de forma sintética los elementos más característicos de un programa de Musicoterapia en Centros de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y lo que puede aportar a estas personas y a sus familias. Igualmente se pretende explicar en qué consiste esta terapia no farmacológica, en qué líneas de investigación se ha fundamentado su aplicación a personas con Enfermedad de Alzheimer, y cómo se lleva a cabo un programa.

El tercer capítulo titulado "Evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, aborda específicamente la evaluación musicoterapéutica que se ha hecho hasta ahora e insinúa en qué sentido vamos a tratar de mejorar e innovar con la propuesta del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

La 2ª parte consta de 3 capítulos. El capítulo 4, titulado Descripción del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, expone los objetivos del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, sus características y una reflexión sobre diferentes modalidades de evaluación. En concreto el dilema entre evaluar conducta incidental en contextos naturales o evaluar mediante test situacionales.

El capítulo 5, titulado, " Fases de la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias", es una descripción de los pasos dados en la construcción del Sistema de Evaluación, incluyendo las diferentes tomas de decisiones que han acabado configurando su formato final.

El capítulo 6, se titula "Normas de aplicación, puntuación y registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias", y en él se exponen las pautas para su uso como herramienta de evaluación. Obviamente también puede ser usado para planificar las sesiones de musicoterapia, ya que ofrece de forma sistemática y jerárquicamente organizada un amplio repertorio de objetivos/necesidades prioritarias de las personas con Enfermedad de Alzheimer, que pueden ser detectados y trabajados en las propias sesiones. El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias está orientado a facilitar la sistematización de la información obtenida ya que con frecuencia se necesita poder realizar esta tarea con agilidad y precisión a la vez.

La 3ª parte ofrece una descripción de las cuatro áreas del desarrollo contempladas en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

El capítulo 7, titulado "Musicoterapia orientada al Área Psicomotriz en las personas con Alzheimer y otras Demencias" expone la importancia del desarrollo corporal consciente en las personas con Enfermedad de Alzheimer y explica el modo de potenciar el desarrollo psicomotriz en las sesiones de musicoterapia.

En el capítulo 8, "Musicoterapia orientada al Área de Comunicación y Lenguaje en las personas con Alzheimer y otras Demencias", se explica en qué consiste este área del desarrollo, su importancia para las personas mayores, su complicación cuando están afectadas por Enfermedad de Alzheimer, el papel que desempeña la musicoterapia en la activación y reajuste de estos procesos, y por último, la aportación que ofrece el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias en el ámbito de la evaluación de la comunicación y el lenguaje de estas personas.

El capítulo 9, " Musicoterapia orientada al Área Cognitiva en las personas con Alzheimer y otras Demencias" hace lo mismo que los dos anteriores, esta vez en relación al área cognitiva.

El capítulo 10, "Musicoterapia orientada al Área Socio-emocional en las personas con Alzheimer y otras Demencias", enfoca su explicación como en el resto de capítulos de esta parte, pero esta vez hacia las competencias socio-afectivas de las personas con EA. Esta es, sin duda, el área del desarrollo más escurridiza para su evaluación. Sin embargo, consideramos que debe ser tenida muy en cuenta ya que del ajuste personal depende en gran medida la eficacia del resto de áreas que se trata de apoyar y/o rehabilitar.

Finalizamos el presente libro con la exposición del protocolo Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, tal y como puede usarse en su aplicación profesional con personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Deseamos de corazón dedicárselo a todos los musicoterapeutas profesionales, cuyo potencial humanizador, rehabilitador y terapéutico no deja de sorprendernos y entusiasmarnos; igualmente a todas las personas con Enfermedad de Alzheimer que puedan llegar a beneficiarse de participar en algún programa de musicoterapia para mejorar en lo posible su calidad de vida.

Queremos dar las gracias a Maribel y a Elena, por su colaboración y apoyo en esta obra, y también por su interés, confianza y generosidad desde el primer momento en el que nos plantearon la posibilidad de incorporar la intervención/investigación de la musicoterapia al Centro de Referencia Estatal de Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, ubicado en Salamanca. Su valiente apuesta por las terapias no farmacológicas ha permitido en buena medida que este proyecto se haya llevado a cabo.

También agradecemos al resto de profesionales del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer que han participado o colaborado en la edición de este libro.

El agradecimiento sincero va también para todas las personas que se han ido poniendo en nuestras manos para recibir ayuda musicoterapéutica, pues siempre han sido y son una fuente inagotable de motivación para aprender y crecer como terapeutas.

Nuestro agradecimiento también es para todos nuestros alumnos del Máster en Musicoterapia de la Universidad Pontificia de Salamanca, con los que hemos aprendido a lo largo de todo este proceso desde el 2002, y que en todo momento nos inspiraron para que la construcción de este Sistema de Evaluación fuera útil y sencilla para ellos, así como para el resto de musicoterapeutas de habla hispana.

Finalmente, que es lo primero, de todo corazón nuestro más tierno y profundo agradecimiento a nuestras familias, sin los cuales esta obra no se habría podido llevar a cabo, ni en su forma ni en su fondo. Mil gracias de corazón.

PARTE I.

I. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Aproximación a los conceptos de envejecimiento, Enfermedad de Alzheimer, y otras Demencias:

Beatriz San Romualdo Corral y María Teresa del Moral Marcos

Capítulo 2. Musicoterapia y Alzheimer:

Luis Alberto Mateos Hernández

Capítulo 3: Musicoterapia y Evaluación:

María Teresa del Moral Marcos

Capítulo 1:

1 Aproximación a los conceptos de envejecimiento, enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

Beatriz San Romualdo Corral y María Teresa del Moral Marcos

"Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir" (Henri Frédéric Amiel).

1.1 Envejecimiento y calidad de vida.

La vejez no es algo que nos es ajeno, todos envejecemos un poco cada día. Este proceso universal comienza a ser más evidente a partir de la madurez, etapa en la que las personas experimentan una serie de cambios que tienen como resultado una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno.

Uno de los logros más importantes del siglo XX ha sido los 25 años añadidos a la esperanza de vida. Por ello debemos tener en cuenta que la población de personas mayores constituye un porcentaje muy importante de la sociedad actual, como consecuencia de este aumento en la esperanza de vida, así como de una mejora de las condiciones sociales. Todo ello nos lleva a preguntarnos cuáles son los nuevos retos que esta población nos plantea, y cuál es la necesidad de tomar las medidas oportunas para que la calidad de vida de estas personas se vea incrementada.

El envejecimiento de la población es una situación de creciente actualidad que preocupa al conjunto de la ciudadanía. Por ello, la sociedad ha realizado una apuesta por dedicar recursos de todo tipo a actuaciones en el ámbito de las personas mayores, conociendo las necesidades de este colectivo, cada día más numerosos, y desarrollando una gran diversidad de iniciativas encaminadas a mejorar la vida de las personas mayores en el presente y en el futuro (Perez Serrano, 2006, López Noguero, 2004).

El envejecimiento es un proceso natural que comienza con la concepción del ser humano, prosigue durante toda la vida y termina con la muerte (Muñoz Tortosa, 2002).

Es una más de las etapas del ciclo vital de todo ser humano, como son la infancia, adolescencia y la adultez. Para Argulló (2001) el término envejecimiento es indicativo de un proceso y no de un estado. Lleva implícita la idea de continuidad, implica la acción de envejecer; un proceso que se materializa a lo largo de la vida. En cambio, la vejez se nos presenta como un concepto estático, como un estado vivido en un tiempo determinado, una etapa. En esta etapa, al igual que ocurre en las otras del ciclo vital como la infancia, adolescencia y edad adulta se producen una serie de

cambios físicos, psicológicos y sociales. Debemos tener en cuenta que en esta etapa no sólo se producen pérdidas, sino que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad e incluso pueden llegar a mejorar.

Según diversos autores (Fernández-Ballesteros, 1999 y Pérez Serrano, 2006), existen tres tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal, el patológico y el envejecimiento óptimo o satisfactorio:

- *Envejecimiento normal*: el envejecimiento normal o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo).

- *Envejecimiento patológico*: el envejecimiento patológico o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., y, que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, Enfermedad de Alzheimer) y que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

- *Envejecimiento óptimo*: es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades. El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud física y psicológica, fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, etc., de forma que eviten, en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo de redes sociales. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo.

A su vez, el envejecimiento también es un proceso de degeneración molecular que aumenta la susceptibilidad a determinadas enfermedades. Esto implica que el envejecimiento es un proceso metabólico que unido a otros factores puede favorecer el desarrollo de enfermedades específicas (cataratas, Enfermedad de Alzheimer, Parkinson, etc) y, como consecuencia de su evolución, la muerte.

Según datos del IMSERSO (2002) en España se calcula que en el 2050 seremos 13 millones de personas mayores. Este dato denota un tipo de sociedad que envejece a ritmo creciente, y proporcionar una buena calidad de vida en la vejez se ha convertido en el reto más inmediato de las políticas sociales y de los servicios sociosanitarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) define a la calidad de vida como la *“percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”*. Es un concepto amplio influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con el entorno. El concepto de calidad de vida, en términos subjetivos, surge cuando las necesidades básicas han sido satisfechas.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad. Así, en la actualidad se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia del estudio de la calidad de vida de personas dependientes. Existen diferentes enfoques que evalúan la calidad de vida pero mantienen en común la experiencia vital de las personas tal como la interpretan ellas mismas y los demás.

1.2 Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras Demencias.

Actualmente, la sociedad española, en general, y la comunidad científica, en particular, están más sensibilizadas ante la problemática asociada a las demencias. Se han producido importantes avances en la terapia tanto farmacológica como no farmacológica en la intervención con pacientes que sufren algún tipo de demencia, mejorando la calidad de vida de estas personas afectadas y de su entorno familiar y social.

Según López-Pousa (2006) la demencia se define como *un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia*. A continuación recogemos en una tabla los criterios clínicos de demencia recogidos en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association).

TABLA 1.2.a *Criterios clínicos de demencia DSM-IV TR*

1. Deterioro de la memoria a corto (5 min) y largo plazo (hechos, fechas, personas)
2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia: alteración del lenguaje (comprender, denominar)
 - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta.
 - Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta.
 - Alteración de la actividad constructiva (ejecución): planificar, organizar, secuenciar y abstraer.
3. Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales.
4. Debe suponer un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo.
5. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium aunque éste puede superponerse a la demencia.
6. Etiológicamente relacionada con una causa orgánica o con los efectos persistentes de una sustancia (incluyendo exposición a toxinas) o una combinación de ambas.

En la actualidad existen diferentes clasificaciones sobre la tipología de las demencias. Estos esquemas de clasificación las agrupan de acuerdo a las similitudes teniendo en cuenta, si son o no progresivas, de acuerdo a las partes del cerebro que están afectadas, a los déficit que se manifiestan, etc. Para el estudio de los diferentes tipos de demencia tomaremos como referencia la siguiente clasificación de Robles Bayón et al. (2000):

TABLA 1.2.b *Clasificación de las demencias según Robles Bayón et al. (2000).*

<i>Clasificación de las demencias según Robles Bayón et al. (2000).</i>
0. Demencias primarias o degenerativas: a) Demencia cortical b) Demencia subcortical c) Demencia global d) Demencia focal
1. Demencias secundarias: a) Vasculares. b) Otras demencias secundarias.
2. Demencias combinadas o de etiología múltiple: a) Demencia mixta (vascular y degenerativa)
3. Otras demencias combinadas.

A continuación vamos a describir de manera muy sintética aquellas características y subtipos las demencias que en un porcentaje más alto podemos encontrar en la población española.

1.2.1 Demencias primarias o degenerativas

a) Demencia Cortical:

Las demencias corticales se caracterizan por la afectación de funciones que dependen del procesamiento del neocortex. Los principales síntomas son: dificultades para centrar la atención, agnosias, alucinaciones, apraxias, afasias, amnesias, alteraciones del comportamiento y de la conducta.

Los trastornos de las demencias corticales más frecuentes en la población son:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia por cuerpos de Lewy
- Demencias fronto-temporales (Complejo de Pick)

En 1906 Alois Alzheimer describió las características clínicas de un paciente que presentaba un deterioro progresivo de la memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Posteriormente en 1910 ésta enfermedad fue descrita y denominada por Emil Kraepelin como Enfermedad

de Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer). Actualmente en países occidentales, la Enfermedad de Alzheimer e la forma más frecuente de demencia y constituye entre el 50 y 70% de los casos. Según García de Blas (2002, 16) la Enfermedad de Alzheimer es una "enfermedad degenerativa primaria progresiva, que se caracteriza por el deterioro gradual de la memoria y, al menos, otro defecto cognitivo como desorientación temporoespacial, alteración del lenguaje, agnosias, apraxias o alteraciones de las funciones visuoespaciales (no reconocen rostros o lugares conocidos), que alteran las actividades de la vida diaria".

Los investigadores han tratado de describir la enfermedad en fases, generalmente oscilando entre tres y siete fases. Como intento de sistematización Reisberg y sus colaboradores diseñaron y estandarizaron lo que se conoce como *Global Deterioration Scale* para clasificar a las personas con demencia en la fase adecuada, teniendo en cuenta su funcionamiento cognitivo y funcional (Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982):

TABLA 1.2.1. *Global Deterioration Scale (Escala de deterioro global de Reisberg)*

GDS	OBSERVACIONES
GDS-1 Ausencia de alteración cognitiva.	Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica.
GDS-2 Disminución cognitiva muy leve	Quejas subjetivas de defectos de déficit de memoria, sobre todo en las áreas siguientes: a) El paciente olvida los lugares donde ha dejado objetos familiares. b) El paciente olvida nombres previamente muy conocidos. - No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica. - No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. - Preocupación apropiada respecto a la sintomatología.

GDS	OBSERVACIONES
GDS-3 Deterioro cognitivo leve	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen los primeros defectos claros. - Manifestaciones en más de una las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> a) El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar. b) Sus compañeros de trabajo son conscientes de su escaso rendimiento laboral. c) Su dificultad para evocar palabras y nombres se hace evidente para las personas más próximas. d) El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material. e) El paciente puede mostrar una capacidad disminuida para recordar el nombre de las personas que ha conocido recientemente. f) El paciente puede haber perdido un objeto de valor o haberlo colocado en un lugar equivocado. g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. <ul style="list-style-type: none"> - Sólo en una entrevista intensiva se observa evidencia objetiva de defectos de memoria. - Los rendimientos laborales y sociales exigentes han disminuido. - El paciente niega estos defectos o manifiesta desconocerlos. - Los síntomas son acompañados por una ansiedad de discreta a moderada.
GDS-4 Deterioro cognitivo moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits manifiestos en las áreas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes. b) Cierta déficit en el recuerdo de su historia personal. c) Defecto de concentración, que se manifiesta en la sustracción seriada. d) Disminución de la capacidad para viajar, controlar la propia economía... <p>Con frecuencia, no se da defecto alguno en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Orientación en tiempo y persona. b) Reconocimiento de las personas y caras familiares. c) Capacidad para viajar a lugares familiares. <p>El paciente es incapaz de realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo más dominante. Se observa una disminución del afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes.</p>
GDS-5 Deterioro cognitivo moderado-grave	<p>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin algún tipo de asistencia. Durante la entrevista, el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una dirección o un número de teléfono que no han cambiado desde hace muchos años. b) Nombres de familiares próximos (como los nietos). c) El nombre de la escuela o instituto donde estudió. - A menudo, el paciente presenta cierta desorganización con respecto al tiempo (fecha, día de la semana, estación del año,...) o al lugar. - Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. - En este estadio, el paciente mantiene el conocimiento sobre muchos de los hechos de más interés que le afectan a si mismo y a otros. - Invariablemente, conoce su nombre y, en general, el nombre de su cónyuge e hijos. - No requiere asistencia ni en el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en la elección de la indumentaria adecuada.

GDS	OBSERVACIONES
<p>GDS-6 Deterioro cognitivo grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ocasionalmente, el paciente puede olvidar el nombre del cónyuge, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir. Además, desconoce gran parte de los acontecimientos y experiencias recientes de su vida. - Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero de forma muy fragmentada. - Por lo general, no reconoce su entorno, el año, la estación... - Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia delante. <p>El paciente requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Puede presentar incontinencia. b) Necesita asistencia para viajar, pero en ocasiones será capaz de viajar a lugares familiares <ul style="list-style-type: none"> - Con frecuencia, su ritmo diurno está alterado. - Casi siempre recuerda su nombre. - A menudo sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y las no familiares de su entorno. <p>Tiene lugar cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables, entre los que se incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Conducta delirante, por ejemplo, acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en un espejo. b) Síntomas obsesivos, por ejemplo, repetir continuamente actividades de limpieza. c) Síntomas de ansiedad, agitación o incluso una conducta violenta previamente inexistente. <p>Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta de desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva.</p>
<p>GDS-7 Deterioro cognitivo muy grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A lo largo de esta fase, el paciente va perdiendo todas las capacidades verbales. Al principio puede articular palabras y frases, pero su lenguaje es muy limitado. - Al final, no se expresa por medio del lenguaje; sólo emite sonidos inarticulados. - Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas (por ejemplo, caminar). - Aparece incontinencia urinaria. El paciente requiere asistencia en el aseo y también para ingerir alimentos. - El cerebro parece incapaz de indicarle al cuerpo lo que se tiene que hacer. - A menudo se detectan signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

La evolución del deterioro cognitivo en la Enfermedad de Alzheimer puede ser explicada, tal y como propuso Ajuriaguerra (1970) desde la involución del desarrollo intelectual. Esta teoría, recientemente llamada “retrogénesis” sigue pues, el camino inverso a la formación de la inteligencia descrita por Piaget (1975) y que se usó posteriormente por Reisberg (1989) para describir las etapas evolutivas de la enfermedad. La teoría de la involución facilita un marco teórico, un modelo, que nos explica la progresión del deterioro cognitivo en la Enfermedad de Alzheimer y ofrece un constructo en que basarnos a la hora de establecer y adecuar el tratamiento musicoterapéutico a cada uno de los estadios evolutivos de la persona con Enfermedad de Alzheimer.

TABLA 1.2.2 Correspondencia entre los estadios del GDS, edad equivalente y los periodos regresivos del desarrollo humano ²

Estadio GDS	Fase clínica	Edad equivalente	Periodo involutivo de la inteligencia	Características
1. Sin deterioro cognitivo GDS 3	Normal	Adulto normal	Operaciones formales	- Carece de pensamiento hipotético - Pasa de estructuras simbólicas a concretas
2. Deterioro cognitivo muy leve GDS 4	Olvido benigno	Anciano normal	Operaciones formales	- Razonamiento complejo. - Conserva el lenguaje hablado y escrito. - Buena memoria. - Preservadas las capacidades instrumentales.
3. Deterioro cognitivo leve GDS 4	Deterioro cognitivo leve. Compatible con Enfermedad de Alzheimer incipiente	Adulto joven adolescente	Operaciones formales Operaciones concretas	- Pérdida del pensamiento representativo. - Amnesia. - Afasia. - Apraxia. - Agnosia.
4. Deterioro cognitivo moderado GDS 5	Enfermedad de Alzheimer leve	De 12 a 7 años	Operaciones concretas	- Limitaciones del razonamiento abstracto. - Conserva la evocación y la denominación. - Conserva la escritura. - Mantiene la atención y concentración unos minutos
5. Deterioro cognitivo moderadamente grave GDS 5-6	Enfermedad de Alzheimer moderada	De 7 a 5 años	Etapa preoperatoria	- Pérdida de la memoria implícita. - Pérdida de la capacidad representativa y del pensamiento interno. - Incapacidad función simbólica.

² Adaptado de Tárrega, L. (2001). Fuente original: Reisberg, B. (1985).

Estadio GDS	Fase clínica	Edad equivalente	Periodo involutivo de la inteligencia	Características
6. Deterioro cognitivo grave GDS 6-7	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave	De 5 a 2 años Inferior a 2 años	Etapa preoperatoria. Inteligencia sensoriomotora	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de memoria, lenguaje, reconocimiento, orientación y praxias finas. - Alterada la denominación (anomia) - Conserva el recuerdo de refranes y canciones.
7. Deterioro cognitivo muy grave GDS 7	Enfermedad de Alzheimer muy grave	De 1, 5 años a neonato	Inteligencia sensoriomotriz.	<ul style="list-style-type: none"> - Valores residuales; afectividad, ritmo y capacidad de imitación. - Pérdida de control de esfínteres. - disminución sensorial.

- Demencia con Cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy (DCLW) es una enfermedad degenerativa cerebral que se define por el hallazgo de abundantes cuerpos de Lewy en la corteza cerebral y se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo fluctuante, especialmente acusado en la atención y la funciones ejecutivas. Los cuerpos de Lewy fueron descritos en 1912 y relacionados con la degeneración de la sustancia negra propia de la enfermedad de Parkinson. El deterioro mental en la DCLW es progresivo, con algunos rasgos corticales (defectos de memoria, desorientación, apraxia, agnosia, acalculia, etc.) similares a los de la Enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, sobresalen la atención lábil, la lentitud de pensamiento, los defectos ejecutivos y especialmente, los defectos visoespaciales y visoconstructivos. Un rasgo muy característico son las fluctuaciones acusadas del rendimiento cognitivo, de un día para otro o incluso en el mismo día, y los cuadros confusionales de origen desconocido, no atribuibles a factores externos ni médicos definidos.

b) Demencia Subcortical.

Las demencias subcorticales se caracterizan por la afectación en las regiones subcorticales cerebrales (núcleo estriado, tálamo, sustancia blanca subcortical, núcleos del tronco, cerebelo). Los síntomas más característicos en este grupo de demencias incluyen la apatía, alteraciones frontales, amnesia leve, trastornos motores y ausencia de signos corticales. Generalmente no hay afasia, apraxia o agnosia. También se observan la liberación de conductas afectivas como el llanto o la risa espasmódicos.

Las enfermedades más características que se asocian con este tipo de demencia que afectan a un mayor número de población son:

- Demencia de la Enfermedad de Parkinson.
- Demencia de la Enfermedad de Huntington.

1.3 Conclusiones

Debido, por tanto, al enorme número de enfermedades neurodegenerativas y a intrincado número de variantes clínicas de cada una de ellas se hace patente la necesidad de profundizar en el estudio del sistema nervioso humano desde un enfoque interdisciplinar.

Referencias Bibliográficas.

López-Pousa, S (2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: Médica Panamericana.

Pérez Serrano, G. (coord.) (2006). *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Universitas.

Piaget J. y Inhelder B. (1975). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.

Reisberg, B., Ferris, S. H., Kluger, A. et al. (1989). Symptomatic Changes in CNS Aging and Dementia of the Alzheimer Type: Crosssectorial, Temporal, and

- Remediable Concomitant. En Bergener, M., Reisberg, B. (eds.). *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 193-223.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De León, M. J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Robles Bayón A, et al. Clasificación de las Demencias. En: *Guías en Demencias. Grupo de Estudio de Neurología e la Conducta y Demencias* (ed,), Barcelona: Masson, 2000; 29-38.
- Tárrega, L. (2001). *Tratamientos de psicoestimulación*. En: Fernández Ballesteros, R. & Nicolás, J. Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Obra Social Caja Madrid.

Bibliografía

- Alberca, R; López-Pousa, S (2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: Médica Panamericana..
- Barquero MS, Maros A, Tárrega L (cols.) (2000). *Unidades de día para pacientes con demencia*. En Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias, Sociedad Española de Neurología: Guía en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. (pp. 213-227). Barcelona: Masson.
- Erikson, E (1970). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Fernandez-Ballesteros, R. (1999): *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- García de Blas, F. (2002). Clasificación de las demencias. En Cubero González *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en Atención Primaria*. Barcelona: Masson.

- García Lozano, A.B.(coord.) (2006). *Afrontamiento de la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Logos.
- García Madruga, J. A. y Carretero, M. (1990). *La inteligencia en la edad adulta*. En M. Carretero, et al. *Psicología Evolutiva* 3. Madrid: Alianza.
- Massimi, M., Berry, E., Browne, G., Smyth, G., Watson, P., Baecker, R. M. (2008). An exploratory case study of the impact of ambient biographical displays on identity in a patient with Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18 (5-6), 742-65.
- Ola ar n, . Clare, L. (). Non-pharmacological therapies in Al heimer's disease: A systematic review of efficacy. *Alzheimer's and Dementia*, 2 (3), 28.
- Peraita Adrados, H (2006). *Envejecimiento y enfermedad de Alzheimer. Aspectos psicológicos, neurológicos y legales*. Madrid: Editorial Trotta.
- Porcel, P., Ferrer, S., Maños, M., (2004). Intervención social en geriatría, en las demencias y en la enfermedad de Alzheimer. En Deví, J. *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: ISEP Universidad.
- Provencher, V., Bier, N., Audet, T., Gagnon, L. (2009). Long-term effect of a cognitive intervention on learning and participation in a significant leisure activity in early dementia of Alzheimer type: a case study. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 7 (2), 131-40.
- Reig, A. (2000). *Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación*. En Fernández-Ballesteros, R. *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Reuter-Lorenz PA. (2006). *New visions of the aging mind and brain. Trends Cognit Sci 2002*. En Alberca, R.; & López-Pousa, S. *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: Médica Panamericana. 6: 394-400.
- Tárrega, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Tárrega L. (2000). El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Esp. Geriatria Gerontológica*; 35 (S2):51-64.

- Tárrega L. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev. Neurología*; 27(1): s51-s62.
- Vega, J. L. (1990). *Psicología de la vejez*. Salamanca: Varona.
- Zamarrón Cassinelle, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº52. Lecciones de Gerontología, II [Fecha de publicación: 09/06/2006]
- Zamarrón, M.D.; Fernández-Ballesteros, R (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 35: 17-29.

Capítulo 2:

2 Musicoterapia y Alzheimer

Luis Alberto Mateos Hernández

“Cada uno tiene la edad de su corazón” (C. Alfred d’Houdetot).

"Cuando me dicen que soy demasiado viejo para hacer una cosa, procuro hacerla enseguida" (Pablo R. Picasso).

Introducción

En este capítulo vamos a exponer de forma sintética los elementos más característicos de un programa de Musicoterapia en Centros de Atención a Personas con la enfermedad de Alzheimer (en adelante Enfermedad de Alzheimer) y otras demencias. Igualmente se pretende explicar en qué consiste esta terapia no farmacológica, en qué líneas de investigación se ha fundamentado, y cómo se lleva a cabo un programa. Para ello, vamos a tomar como referencia la Guía de Implantación de Musicoterapia editada por el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer de Salamanca perteneciente al IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios 2011).

2.1 Definición de Musicoterapia

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011) la define así:

"La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en los contextos médicos, educativos, y entornos cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, la salud espiritual y el bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en musicoterapia se basan en los estándares profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos".

No obstante, son múltiples y muy variadas las formas de trabajo en musicoterapia, porque también son así los musicoterapeutas que las llevan a cabo y los destinatarios que se benefician de estas propuestas de salud. Podemos afirmar que la musicoterapia es una especialidad más dentro de las psicoterapias, con la particularidad de que se emplea un lenguaje artístico, la música, como soporte. Los musicoterapeutas utilizan las experiencias musicales estratégicamente diseñadas para atender las necesidades prioritarias de las personas que participan en las sesiones, para ayudarlas a que desarrollen al máximo sus competencias personales para disfrutar de una mejor integración personal y social en los diferentes contextos en los que viven.

2.2 *Objetivos que se buscan con la Musicoterapia en personas con Enfermedad de Alzheimer*

Las personas con la Enfermedad de Alzheimer pueden encontrar que la música les puede ayudar a activar múltiples recuerdos significativos de momentos importantes vividos en su vida. Con frecuencia estos recuerdos de vivencias y sensaciones podría parecer que ya hubieran desaparecido de estas personas, pero no. La música puede reactualizarlas y volver a traerlas con suavidad a su conciencia. Esta posibilidad puede ser muy interesante ya que escuchar canciones de su vida, cantarlas e incluso bailarlas, cuando pueden hacerlo, son actividades que activan de forma natural la atención auditiva, el lenguaje comprensivo y expresivo, la memoria, el movimiento consciente y la afectividad vinculada a dichas canciones. En muchos casos, puede ser un buen medio para que frenen el deterioro de su conciencia biográfica e incluso que recuperen la visión positiva de la vida que en algún momento pudieron dejar de tener con la llegada de la enfermedad.

La música además puede proporcionar a las personas con la Enfermedad de Alzheimer mucha calidad de vida a nivel emocional pues, si es de su gusto estético, les puede calmar, activar, dar bienestar y sentimientos positivos en la relación con los demás. Todo ello despierta el sentimiento de ser capaces de hacer cosas, de compartir, y de que el esfuerzo merece la pena. Las sesiones de musicoterapia permiten a los musicoterapeutas dinamizar a las personas que participan para que cada una de ellas se beneficie al máximo de la sesión en la medida de sus necesidades y posibilidades.

Se sabe que las habilidades musicales se suelen conservar en las personas con Enfermedad de Alzheimer, aun cuando los niveles de deterioro en la memoria y en el lenguaje van siendo cada vez más acentuados. Este hecho constatado lo aprovechan los musicoterapeutas para obtener la máxima motivación y activación posible para estas personas, al tiempo que les proporciona equilibrio, pues la música se puede convertir en un soporte o estructura importante para la expresión y comunicación de su afectividad en la vida diaria, al tiempo que se frena el deterioro del lenguaje y la memoria.

Además, la música puede disminuir las alteraciones emocionales y de conductas que a menudo se presentan, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad.

Por último, destacamos que la música puede ayudar a paliar la soledad de algunas personas con la Enfermedad de Alzheimer. A veces la soledad no depende de si están separados de su familia o de si no tienen familia. Lógicamente esto también lo determina. Pero además, puede ser que estas personas se sientan muy inseguras, y la simple presencia de personas de su entorno institucional y/o familiar no siempre es garantía de que se vayan a sentir seguras, protegidas o cuidadas. Por eso, la música puede ser un interesante recurso auxiliar ya que no siempre se puede estar con estas personas de forma permanente. De todas formas, la mejor forma de que la música ayude a las personas con la Enfermedad de Alzheimer es compartiendo con ellos esa música, que es como compartir algo muy profundo de ellos: el recuerdo de su identidad.

2.3 Principales estudios de investigación en Musicoterapia sobre personas con Enfermedad de Alzheimer. y otras Demencias.

Existen múltiples estudios de investigación que han tratado de explorar la relación entre la Musicoterapia y las personas con Enfermedad de Alzheimer. Vamos a exponer de forma sintética los principales bloques temáticos o líneas de investigación:

1. *Musicoterapia aplicada a la conducta adaptativa en la vida cotidiana de las personas con Enfermedad de Alzheimer.* Estos estudios de investigación se refieren a la utilización de la musicoterapia para el reaprendizaje de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, para que las personas con Enfermedad de Alzheimer puedan funcionar mejor en diferentes actividades de la vida diaria como la higiene (lavarse las manos, lavarse los dientes, bañarse...), la alimentación, vestuario, etc.: (Bright R., 1986), (Beatty W, Zavadil K, Bailly R, Rixen G, Zavadil L, Farnham N, Fisher L., 1988), (Smith, S.,1990), (Lord T. R, Garner, J. E., 1993), (Smith, S., Marchese, K., 1994), (Thomas D, Heitman R, Alexander T., 1997), (Rickert, Duke, Putzke, Marson, & Graham, 1998), (Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I., 2007), (Bier N, Provencher V, Gagnon L, Van der Linden M, Adam S, Desrosiers J., 2008).

2. *Estudios bibliométricos sobre Musicoterapia y Enfermedad de Alzheimer u otras demencias.* Los estudios bibliométricos tienen por objeto el tratamiento y análisis cuantitativo de las publicaciones científicas. Nos permiten obtener indicadores de la actividad científica de esa área de conocimiento, así como su desarrollo y tendencias. Por ejemplo, en la revisión sistemática de Robinson, Hutchings, et al. (2007) de estudios de investigación sobre la efectividad y aceptabilidad de las intervenciones no farmacológicas para reducir la deambulación en personas con demencia, obtienen como resultado que la musicoterapia es una de las intervenciones más aceptables y que no ha originado preocupaciones éticas. Estos autores concluyen que son necesarias investigaciones de calidad para determinar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas, y que así mismo estas investigaciones sean éticamente aceptables para las personas con demencia y sus cuidadores: (Kneafsey, R., 1997)(Koger SM, Chapin K & Brotons, M., 1999),(Brotons M., 2000), (Prickett, C., 2000), (Sherratt, K., Thornton, A., Hatton, C. (2004), (Olanoff, J., Clare, L., 2006), (Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Delgado-García, S. T. et al., 2010). (Schmitt B, Frölich L., 2006), (Robinson, L, Hutchings, D, Corner, L., Beyer, F. Dickinson, H., Vanoli, A., Finch, T., Hughes, J., Ballard, C., May, C., Bond, J., 2006), (Raglio A, Gianelli MV. 2009) .
3. *Musicoterapia para la atención a las variables socio-emocionales y conductuales de las personas con Enfermedad de Alzheimer.* Algunos de estos estudios de investigación analizan el efecto de la musicoterapia en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (BPSD) (Raglio, 2008). O de alguno de ellos, como el estudio de investigación de Guetin, por ejemplo, que analiza el impacto de la musicoterapia en la ansiedad, en la depresión de personas con Enfermedad de Alzheimer y en el sentimiento de estrés, de estar “quemado” de los cuidadores. Otros estudios como la investigación de Ledger y Baker (2007), sugieren que la intervención musicoterapéutica a largo plazo reduce los niveles de agitación de las personas con Enfermedad de Alzheimer. Estos factores y otros repercuten en el bienestar tanto de las personas con Enfermedad de Alzheimer como de sus familiares: (Cohen, D. Eisdorfer, C., Gorelick, P, Pavez, G., Luchins, D. J. Freels, S.,

Ashford, J. W, Semla, X., Levy, P., Hirshman, R.,1993), (Brotons M, & Pickett-Cooper, 1996), (Clair A (1996), (Radocy, R. & Boyle, J. D., 1997), (Bonanomi, C, & Gerosa, M. C., 2002), (Takahashi, T. Matsushita, H., 2006), (Sung HC, Chang AM, Abbey J., 2006), (Ledger AJ, Baker FA., 2007), (Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D,Trabucchi M., 2008), (Massimi M, Berry E, Browne G, Smyth G, Watson P, Baecker RM., 2008), (Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J. 2009).

4. *Musicoterapia para la atención a las variables de comunicación y lenguaje de los personas con Enfermedad de Alzheimer.* Estos estudios de investigación analizan el efecto de la intervención musicoterapéutica en las variables de comunicación y lenguaje, por ejemplo, aumento de la interacción verbal de personas con Enfermedad de Alzheimer: (Bannan N, 2008), (Beyer M., 2008).
5. *Musicoterapia para la atención a las variables cognitivas de las personas con Enfermedad de Alzheimer.* Estos estudios de investigación se centran en cómo la intervención musicoterapéutica favorece el aprendizaje, activa y desarrolla la memoria... en personas con Enfermedad de Alzheimer: (Bruer RA, Spitznagel E, Cloninger CR., 2007), (Provencher V, Bier N, Audet T, Gagnon L., 2009).
6. *Musicoterapia en relación con la salud física de las personas con Enfermedad de Alzheimer.* Existen diversas investigaciones que están orientadas a establecer correlaciones de mejora en la salud física de las personas con Enfermedad de Alzheimer cuando participan de sesiones de musicoterapia de forma sistemática: (Lindenmuth, G., Patel, M., Chang, P., 1992), (Clair A, Tebb S, Bernstein B., 1994), (Ragneskog H, Brane G, Karlsson I, Kihlgren, M., 1996), (Fukui H, Toyoshima K., 2008), (Okada K, Kurita A, Takase B, Otsuka T, Kodani E, Kusama Y, Atarashi H, Mizuno K., 2009).
7. *Musicoterapia aplicada a las personas con Enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores.* En este bloque se engloban estudios que se han centrado en el papel de la musicoterapia desde el punto de vista sistémico, teniendo en cuenta tanto a la persona afectada por la enfermedad como a las personas que le atienden habitualmente, ya sean cuidadores profesionales, familiares o ambos: (Clair A, Tebb S, Bernstein B., 1993), (Hanser, S. Clair A., 1995), (Clair A, Ebberts

- A.,1997), (Clair A., 2002), (Brotons, M, & Martí, P. 2003), (Fauth E.B, Zarit S.H, Femia, H. H, Hofer, S. M. & Stephens, M. A., 2006), (Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW., 2007), (Guetin S, Portet F, Picot MC, Defez C, Pose C, Blayac JP, Touchon J., 2009).
8. *Investigaciones sobre los factores del encuadre musicoterapéutico en las sesiones de Musicoterapia con personas con Enfermedad de Alzheimer.* Son aquellos estudios que tratan de discernir qué factores del *setting* son más relevantes en la práctica de la musicoterapia con personas con Enfermedad de Alzheimer para poder con ello mejorar las metodologías de intervención: (Geula, M. ,1986), (Olerog-Millard KA & Smith J. M., 1989), (McCloskey L., 1990), (Clair A, Tebb S, Bernstein B., 1990b), (Pollack N & Namazi K., 1992), (Glynn, N., 1992), (Groene R.W., 1993), (Brotons M, & Pickett-Cooper P., 1994), (York, E., 1994), (Cevasco A. M., Grant, M. E., 2003), (Ochsner Ridder, H.M., 2004), (Cevasco AM, Grant RE., 2006), (Choi AN, Lee MS, Cheong KJ, Lee JS., 2009).
9. *Musicoterapia en personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias gravemente afectados.* Algunos estudios están orientados a investigar los beneficios que la musicoterapia puede proporcionar a personas con Enfermedad de Alzheimer que se encuentran en avanzados estados de su enfermedad: (Sambandham, M, Schirm, V., 1995), (Kydd, P., 2001), (Svansdottir, H. B. & J. Snaedal., J. 2006), (Takahashi T, Matsushita H., 2006), (Belgrave M., 2009).
10. *Musicoterapia basada en la evidencia (Evidence Based Music Therapy, EBMT).* La Musicoterapia Basada en la Evidencia (EBMT) es un método en el cual el musicoterapeuta, en cada decisión que toma, trata de integrar las evidencias científicas disponibles con su propia experiencia profesional, combinada con las necesidades, valores y expectativas de las personas con las que trabaja. (Vink, A. & Bruinsma, M., 2003). Para poder llevar a cabo la EBMT existe una herramienta muy útil: La Revisión Cochrane (Review Cochrane). Esta es una revisión integral que se esfuerza por identificar y sintetizar toda la literatura sobre un tema determinado: (Vink, A.; Bruinsma, M., 2003), (Douglas, S.; James, I. & Ballard, C., 2004), (Lipe AW, York E, Jensen E., 2007), (Witzke J, Rhone RA, Backhaus D, Shaver NA., 2008).

Los pasos a seguir para poder realizar EBMT son los siguientes:

- La formulación de una pregunta que responder (utilizando el PICO-elementos)
- La búsqueda de pruebas (en este documento las pruebas vendrán sólo de Cochrane Systematic Review)
- Una evaluación crítica de la evidencia.
- Aplicación de las pruebas a las personas con las que trabaja
- Evaluación de los pasos anteriores.

2.4 Elementos necesarios para la realización de la Musicoterapia³

Lugares Físicos

La sala de trabajo de Musicoterapia es el espacio donde las personas que participan en las sesiones realizan las actividades musicales al tiempo que se relacionan con los demás. Si logramos asociar esta sala a emociones positivas, las sesiones se encadenarán mejor unas con otras y serán percibidas como un continuo. Para ello es importante que esta sala esté bien acondicionada: buena acústica, sin reverberación, mejor si está insonorizada, temperatura agradable, posibilidad de trabajar en grupos cooperativos en forma de “u” o de círculo, buena iluminación, suelo de madera, confortable, etc. Puede ser recomendable decorarla con motivos simbólicos que faciliten la expresión de experiencias emocionales positivas: naturaleza, paisaje con un camino que lleva a una casa, imágenes de flores, etc. En lo posible es recomendable que la sala disponga de una cierta intimidad, pues a veces este hecho facilita la expresión y elaboración de emociones en los participantes. El tamaño de la sala puede ser variado, pero es recomendable que al menos existan unos 4 metros cuadrados por participante, y que exista espacio suficiente para ubicar los instrumentos musicales sin dificultarles la movilidad.

³ Fuente: Mateos Hernández, L. A. (2009). *Musicoterapia y Alzheimer*. Guía de Implantación. Salamanca: CRE IMSERSO.

Materiales necesarios

Los materiales de trabajo en musicoterapia son muy variados. Es necesario tener en cuenta que para que sean un medio efectivo de intervención han de gustarle a los destinatarios y han de estar adaptados a sus capacidades. Como instrumento principal para el uso del musicoterapeuta es preferible disponer de un instrumento armónico -piano, guitarra, violín, etc.- además de su propia voz.

Las principales cualidades que se han de buscar al seleccionar los instrumentos musicales para las personas con Enfermedad de Alzheimer son: que sean de fácil manejo, que faciliten la relajación, que ayuden al desarrollo sensoriomotor reforzando y motivando la exploración sensorial y el movimiento, que les permitan mantener el mayor tiempo posible su independencia y autonomía, que activen la autoconciencia, que promuevan la comunicación e interacción con otras personas, etc. Además, es deseable que el sonido que produzcan tenga un mínimo de calidad, ya que el placer sensorial y estético de un buen instrumento contribuye a mantener la concentración y motivación en la actividad.

Equipamiento mínimo

Para iniciar un programa de sesiones de Musicoterapia es necesario al menos un instrumento líder para el musicoterapeuta (guitarra, piano, etc) y un instrumento de percusión por participante, además de un equipo de música. Paulatinamente se irá elaborando un cancionero con las canciones preferidas de cada persona que acude a las sesiones de musicoterapia, y se irán compilando las grabaciones correspondientes a esas canciones. Es conveniente que las sillas donde se sienten les mantengan lo más posible en posición vertical, sin echarles para atrás. En general, es preferible silla a sillones con reposabrazos, para facilitarles la movilidad.

Equipamiento adecuado

Además de lo dicho, consideramos adecuado disponer de un sistema de filmación para realizar la evaluación de las sesiones a posteriori. Incluye una cámara de vídeo con trípode y un ordenador donde volcar las sesiones filmadas para su posterior estudio. Para facilitar el trabajo, lo adecuado es que la cámara sea digital y tenga disco

duro propio, para no tener que digitalizar cada filmación. Se debe de buscar un software adecuado que facilite el registro de datos y su posterior análisis. Por ejemplo, PASW Statistics 18 para el análisis estadístico, y Nudis NVivo, para el análisis cualitativo. Existen otros programas específicamente diseñados para la evaluación observacional: The observer XT, Codex, Data Desk, MTTB, MIR, Tuning Brain of Music, etc.

Como instrumentos musicales especialmente recomendados para las personas con Enfermedad de Alzheimer destacamos, como ejemplos, las arpas de mano, sanzas, ranas, güiros, Octoblocks, cajas chinas, orugas, keseng keseng, kese kese, shekerés, coronas de címbalos, maracas, huevos sonoros, boomwhakers Diatónicos, cascabeles con pinzas, ocendrum (“pandero de mar”), palos de lluvia, chimes de una nota, darboukas, cajas de reclamos, xilófonos, metalófonos, carrillones, congas, steel-drums, etc. Además existen diversos tipos de instrumentos adaptados para personas con dificultades motrices.

Equipamiento óptimo

Lo ideal es disponer también de un cristal unidireccional (Gessell) para el seguimiento de sesiones en vivo por parte de observadores externos, un micrófono multidireccional para captar mejor las producciones verbales y musicales cuando éstas son imprecisas o simultáneas.

1. Otros instrumentos que pueden resultar muy gratificantes son Instrumentos musicoterapéuticos para instalarse y utilizarse al aire libre (Outdoor Musical Instruments).

También es interesante el “Sound Beam” que es una tecnología muy útil para facilitar la movilidad consciente pues convierte los movimientos de las personas en sonidos musicales.

2. En definitiva, existen muchos recursos musicoterapéuticos que además están aumentando exponencialmente gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías.

2.5 Formación y competencias del musicoterapeuta⁴

Según la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) musicoterapeuta es aquella persona en posesión del Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia y/o de su correspondiente equivalente a licenciatura universitaria específica procedentes de otras universidades extranjeras ([Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales](#)). Además ya existe en España un sistema de Acreditación Europeo de Musicoterapeutas Profesionales (EMTR), bajo el amparo de la European Music Therapy Confederation (EMTC), que es la única asociación europea de musicoterapia reconocida por la Unión Europea para regular el ejercicio de esta profesión. Ambos requisitos, título universitario y acreditación, forman el marco normativo que garantiza la adecuada cualificación de los musicoterapeutas españoles.

El musicoterapeuta es un profesional que sabe emplear las actividades musicales para acompañar y apoyar a las personas en su momento vital cuando éstas lo necesitan, ya sea por enfermedad, discapacidad o por otro motivo que las haga encontrarse en una situación difícil de afrontar. En las sesiones de Musicoterapia el musicoterapeuta trata de promover y/o reestablecer la salud de las personas con las que trabaja, satisfaciendo sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas y promoviendo cambios significativos en ellos.

Un buen musicoterapeuta sabe desempeñar las funciones profesionales que le corresponden en su trabajo en una institución, que se pueden resumir en las siguientes (Mateos Hernández, 2011: 121):

1. Analizar el contexto institucional
2. Identificar necesidades en los posibles destinatarios de la musicoterapia
3. Diseñar el programa de musicoterapia adaptado a la institución concreta
4. Hacer sesiones de musicoterapia, individuales y/o de grupo
5. Realizar evaluaciones, valoraciones e informes musicoterapéuticos.
6. Trabajar en equipos interdisciplinarios
7. Establecer redes de información con padres, familiares y otros profesionales.

⁴ Ibidem

En muchas instituciones españolas que atienden a personas con la Enfermedad de Alzheimer trabajan musicoterapeutas profesionales realizando sesiones en contratos por horas. Sin embargo, teniendo en cuenta las funciones arriba expuestas, es evidente que lo más recomendable es que estos profesionales se encuentren contratados a jornada completa, o al menos media jornada. Los que disponen de esta mayor dedicación pueden desempeñar el rol de agente de salud mental y emocional en la institución en la que trabajan e integrarse en la dinámica interna diaria.

2.6 Tipos de Usuarios a los que van dirigidos los programas de musicoterapia

El perfil idóneo de usuario de sesiones de musicoterapia es aquella persona con Enfermedad de Alzheimer que más necesita apoyo socio-emocional para afrontar las dificultades inherentes a su enfermedad. Y en general, cualquier persona con alteraciones en la atención, la memoria, el lenguaje y la motricidad pueden beneficiarse de esta terapia.

Igualmente es muy recomendable que puedan participar en los programas de musicoterapia aquellas personas que se encuentren en las primeras fases de la enfermedad.

2.7 Temporalización

El tiempo de las sesiones puede ser flexible. Una estimación orientativa puede ser 50 minutos para sesiones de grupo, y 30 para sesiones individuales. Pero el musicoterapeuta, con el resto del equipo interdisciplinar, determinará el tiempo más adecuado para aprovechar al máximo la terapia sin que provoque un cansancio excesivo. En gran medida los tiempos asignados van a depender del estado general del usuario y de los sistemas de agrupamiento que se empleen para organizar cada institución.

Los tratamientos con Musicoterapia también tienen su secuenciación y temporalización. Es importante reseñar que en la práctica musicoterapéutica con personas con Enfermedad de Alzheimer el primer paso es la adscripción de una persona al tratamiento, si procede. A continuación se realiza una evaluación inicial, y se planifica la intervención para esa persona dentro del contexto institucional en el que se encuentre. Después se implementa el programa, que durará hasta el cierre del tratamiento. Esto sucederá en el caso de que el usuario no se beneficie de la intervención o se dé de baja. Con los usuarios con Enfermedad de Alzheimer no se cierran los tratamientos porque ya hayan cumplido con los objetivos marcados, ya que, inevitablemente, siguen teniendo necesidades permanentes de estimulación y apoyo socio-emocional.

2.8 Diseño de una sesión para personas con Enfermedad de Alzheimer.

1) Objetivos

Son muy diversos los objetivos que se trabajan en las sesiones de musicoterapia. La situación de cada persona (edad evolutiva, patología, discapacidad, situación social,...) determina cuáles deben de ser esos objetivos, aunque también la institución puede influir en esas decisiones.

Uno de los objetivos básicos que siempre se trabaja en musicoterapia es el desarrollo de la escucha mantenida en el contexto sonoro y musical de la sesión, puesto que la escucha es la implicación emocional con todo aquello que suena y, por tanto, permite manifestarse a los afectos y emociones tal y como son. Este hecho es determinante para el desarrollo personal y social.

2) Secuenciación de actividades

Basándonos en la propuesta metodológica de una publicación anterior (Mateos Hernández, 2004) ofrecemos este esquema de sesión de musicoterapia de grupo, a modo de ejemplo:

TABLA 2.8. Ejemplo de sesión de musicoterapia de grupo para personas con Enfermedad de Alzheimer.

FASES DE LA SESIÓN DE MUSICOTERAPIA	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	OBJETIVOS DE DESARROLLO	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Caldeamiento (exteriorización)	Bienvenida verbal, canción de bienvenida. Observación y escucha.	- Adaptación	- Señales de adaptación. Quedarse en silencio, buscar al musicoterapeuta...
Motivación para la sesión (interiorización)	“He traído algunas canciones de Concha Piquer. No las conozco ¿me ayudan a aprenderlas?”	- Escuchar - Concentrarse - Comprender y aceptar la tarea	- Están en silencio. - Atienden al terapeuta. - Todos comprenden la propuesta. - Aceptan la propuesta.
Activación corporal consciente (exteriorización)	- Bailamos solos y nos detenemos cuando haya pausas. - Nos desplazamos a la velocidad de la música. - Dibujamos la música con nuestro cuerpo. - Bailamos en grupo y/o por parejas al ritmo de la música.	- Realizar ejercicio físico - Estimular la escucha mantenida - Entrenar el freno inhibitorio del movimiento y control de la fuerza de este. - Tomar conciencia de los puntos de apoyo - Adquirir conciencia, activación y control corporal. - Activar el cuerpo como medio de comunicación	- Mayor conciencia corporal - Mejora en los tiempos de reacción - Mayores destrezas motoras. - Sensación de autocontrol y autoconfianza. - Expresiones emocionales de satisfacción.
Desarrollo perceptivo (interiorización)	- Localizamos los sonidos que nos rodean - Escuchamos una música - Observamos nuestro cuerpo - Sentimos sensaciones - Recordamos las sensaciones de las actividades en las que hubo movimiento con música	- Mantener la escucha - Localizar auditivamente - Discriminar auditivamente - Sentir auto-confianza - Estimular el tacto - Activar la conciencia y visualización espacial - Entrenar el juego de “figura-fondo” auditivo - Emplear la memoria auditiva - Secuenciar el tiempo	- Mayor conciencia sensorial - Mejora en la atención y concentración en general. - Mejora en las subfunciones de la percepción auditiva.
Relación con el otro (exteriorización)	- Cantamos juntos canciones - Adivinamos canciones - Recordamos canciones - Bailamos en grupo - Aprendemos canciones - Improvisamos músicas - Coreografamos la música entre todos - Compartimos gustos	- Estimular la memoria - Fomentar la creatividad - Cooperar con otros - Expresar emociones - Figura-fondo auditivo - Identidad sonoro-musical - Estimular el sentimiento de pertenencia a un grupo	- Producciones más creativas. - Mayores conductas de colaboración. - Mayor identidad con el grupo y con las actividades musicales.
Representación y simbolización (interiorización)	- Dibujo la música - Recuerdo todo lo vivido a lo largo de la sesión - Me relajo con la música	- Entrenar el recuerdo mediante la visualización y el dibujo.	- Dibuja lo más significativo de la visualización. - Tranquilidad.
Despedida (exteriorización)	Canción de despedida	- Disfrutar por lo vivido - Aceptar la despedida afectiva	Sonrisa, satisfacción desapego, preparación para salir.

La mejor música para una persona con la Enfermedad de Alzheimer es la que lleva dentro. Es decir, no existen grabaciones especiales para trabajar con estas personas, sino que más bien la bondad de una música lo decide la historia musical de cada paciente, con sus gustos particulares. Aquellas músicas que activen emociones saludables como la alegría, la curiosidad, el amor, la esperanza, etc. y que inviten a conectarse con su cuerpo mediante el movimiento/baile.

2.9 Evaluación

La evaluación y la intervención forman una unidad en el trabajo en musicoterapia. Para evaluar se necesita intervenir y viceversa. En musicoterapia se evalúa desde la actividad espontánea y garantizando la motivación en las actividades. De este modo, se obtiene una información más real de las competencias socio-emocionales, comunicativas, psicomotrices y cognitivas de los participantes y de sus limitaciones. Y conociendo mejor a la persona es más factible determinar sus necesidades prioritarias, que se convierten en los objetivos de la intervención musicoterapéutica.

Además, al iniciar el tratamiento se va rellenando un Cuestionario de evaluación de preferencias musicales de cada persona con Enfermedad de Alzheimer, cuando esto sea posible, quedando como parte de la anamnesis del paciente. Los datos más relevantes se ordenan en la *Historia Musicoterapéutica*. Se tendrán en cuenta también las informaciones que puedan aportar los familiares así como otros profesionales que conviven con estas personas. La información obtenida será de mucha utilidad a la hora de elegir y llevar a cabo las diferentes actividades musicales estratégicamente diseñadas para las personas concretas que participan en cada sesión de musicoterapia.

Cada sesión se evalúa mediante una ficha individual en la que se registran las conductas más significativas. Cada cierto tiempo (por ejemplo, cada 10 sesiones) se realiza un informe musicoterapéutico a la luz de la información registrada en ese periodo de tiempo en esas fichas.

A continuación exponemos un modelo de *ficha de evaluación musicoterapéutica* para valorar al final de cada sesión al participante:

FICHA DE VALORACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA		Sesión N°:
Fecha de la sesión:	Hora de inicio:	Duración:
Participante/s:	Musicoterapeuta/s:	Lugar:
1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
2. OBSERVACIONES (Fase de descripción de la sesión)		
<u>Conductas sonoro-musicales significativas:</u>		
<u>Conductas de interacción significativas:</u>		
a) En la relación con otros participantes:		
b) En la relación con los profesionales:		
3. HIPÓTESIS DE TRABAJO (Fase de interpretación)		
1) ÁREA PSICOMOTRIZ		
(Limitaciones, equilibrio y marcha, coordinación, ritmo manos/pies, praxias, etc.)		
2) ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		
(Comunicación corporal, pragmática, voz, praxias fonológicas, morfosintaxis, semántica, uso social de la comunicación y el lenguaje, lectura, etc.)		
3) ÁREA COGNITIVA		
(Orientación, atención-concentración, memoria, razonamiento, toma de decisiones, resolución de disonancias cognitivas, etc.)		
4) ÁREA SOCIO-EMOCIONAL		
(Expresión facial y corporal, estado anímico y actitud, expresión de emociones, consciencia emocional, autorregulación emocional, autoconfianza, habilidades socio-emocionales, relación e interacción social, etc.)		
4. OBJETIVOS PRIORITARIOS (Fase de análisis y revisión de objetivos)		
<u>En esta sesión:</u>		
<u>Nuevos objetivos para incorporar en próximas sesiones:</u>		
5. PAUTAS DE INTERVENCIÓN (Fase de análisis y revisión de metodología)		
<u>En esta sesión:</u>		
<u>Nuevas pautas metodológicas para incorporar en próximas sesiones:</u>		

Referencias Bibliográficas

- Bannan, N. & Montgomery-Smith, C. (2008). 'Singing for the brain': reflections on the human capacity for music arising from a pilot study of group singing with Alzheimer's patients. *J.R.Soc.Promot.Health*, 128, 73-78.
- Belgrave, M. (2009). The effect of expressive and instrumental touch on the behavior states of older adults with late-stage dementia of the Alzheimer's type and on music therapist's perceived rapport. *J.Music.Ther.*, 46, 132-146.
- Bier, N., Provencher, V., Gagnon, L., Van Der Linden, M., Adam, S., & Desrosiers, J. (2008). New learning in dementia: transfer and spontaneous use of learning in everyday life functioning. Two case studies. *Neuropsychol.Rehabil.*, 18, 204-235.
- Bruer, R. A., Spitznagel, E., & Cloninger, C. R. (2007). The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial. *J.Music.Ther.*, 44, 308-328.
- Cevasco, A. M. & Grant, R. E. (2003). Comparison of different methods for eliciting exercise-to-music for clients with Alzheimer's disease. *J.Music.Ther.*, 40, 41-56.
- Cevasco, A. M. & Grant, R. E. (2006). Value of musical instruments used by the therapist to elicit responses from individuals in various stages of Alzheimer's disease. *J.Music.Ther.*, 43, 226-246.
- Choi, A. N., Lee, M. S., & Lim, H. J. (2008). Effects of group music intervention on depression, anxiety, and relationships in psychiatric patients: a pilot study. *J.Altern.Complement Med.*, 14, 567-570.
- Douglas, S.; James, I. and Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Adv. Psychiatr. Treat.*, 10, 171-177.
- Fukui, H. & Toyoshima, K. (2008). Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. *Med.Hypotheses*, 71, 765-769.

- Garland, K., Beer, E., Eppingstall, B., & O'Connor, D. W. (2007). A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*, *15*, 514-521.
- Guetin, S., Portet, F., Picot, M. C., Defez, C., Pose, C., Blayac, J. P. et al. (2009). [Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver (feasibility study)]. *Encephale*, *35*, 57-65.
- Guetin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommie, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L. et al. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dement.Geriatr.Cogn Disord.*, *28*, 36-46.
- Ledger, A. J. & Baker, F. A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging Ment.Health*, *11*, 330-338.
- Lipe, A. W., York, E., & Jensen, E. (2007). Construct validation of two music-based assessments for people with dementia. *J.Music.Ther.*, *44*, 369-387.
- Massimi, M., Berry, E., Browne, G., Smyth, G., Watson, P., & Baecker, R. M. (2008). An exploratory case study of the impact of ambient biographical displays on identity in a patient with Alzheimer's disease. *Neuropsychol.Rehabil.*, *18*, 742-765.
- Mateos Hernández, L. A. (2004). *Actividades musicales para atender a la Diversidad*. Madrid: ICCE.
- Mateos Hernández, L. A. (2009). *Musicoterapia y Alzheimer*. Guía de Implantación. Salamanca: Centro de Referencia Estatal de Alzheimer IMSERSO.
- Mateos Hernández, L. A. (2011). *Fundamentos de Musicoterapia*. En Luis Alberto Mateos, Terapias Artístico Creativas (Coord.) (pp. 105-144). Salamanca: Amarú.

- Okada, K., Kurita, A., Takase, B., Otsuka, T., Kodani, E., Kusama, Y. et al. (2009). Effects of music therapy on autonomic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia. *Int.Heart J.*, 50, 95-110.
- Ola ar n, . Clare, L. (). Non-pharmacological therapies in Al heimer's disease: A systematic review of efficacy *Alzheimer's and Dementia.*, 2.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del, S. T. et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement.Geriatr.Cogn Disord.*, 30, 161-178.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF»*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Provencher, V., Bier, N., Audet, T., & Gagnon, L. (2009). [Long-term effect of a cognitive intervention on learning and participation in a significant leisure activity in early dementia of Alzheimer type: a case study]. *Psychol.Neuropsychiatr.Vieil.*, 7, 131-140.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D. et al. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Dis.Assoc.Disord.*, 22, 158-162.
- Raglio, A. & Gianelli, M. V. (2009). Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives. *Curr.Alzheimer Res.*, 6, 293-301.
- Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H. O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T. et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 22, 9-22.
- Schmitt, B. & Frolich, L. (2007). [Creative therapy options for patients with dementia-- a systematic review]. *Fortschr.Neurol.Psychiatr.*, 75, 699-707.

- Sung, H. C., Chang, A. M., & Abbey, J. (2006). [Application of music therapy for managing agitated behavior in older people with dementia]. *Hu Li Za Zhi.*, 53, 58-62.
- Svansdottir, H. B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *Int.Psychogeriatr.*, 18, 613-621.
- Takahashi, T. & Matsushita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. *J.Music.Ther.*, 43, 317-333.
- Vink, A. ; Bruinsma, M. (2003). Evidence Based Music Therapy. Music Therapy Today (online) Vol IV, Issue 5, available at [World Federation of Music Therapy](#)
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2002). Music therapy in the care of people with dementia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*,1. CD003477.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2004). Music therapy for people with dementia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD003477.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2009). Cochrane Database of Systematic Reviews. *Syst.Rev.*,3. CD003477.
- World Federation of Music Therapy (WFMT) (2011). Recuperado el 10/12/2011 de [World Federation of Music Therapy](#)
- Witzke, J., Rhone, R. A., Backhaus, D., & Shaver, N. A. (2008). How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. *J.Gerontol.Nurs.*, 34, 45-52.
- Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A., & Haimov, I. (2007). The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *J.Music.Ther.*, 44, 329-343.

Capítulo 3:

3 Evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

María Teresa del Moral Marcos

3.1 Aproximación a la evaluación musicoterapéutica

La evaluación musicoterapéutica es un tema que está siendo estudiado en la actualidad (Sabbatella, 2011; 2004, etc.) y para diferentes contextos de aplicación: personas con demencia (Mercadal-Brotons, 2008), niños con trastorno del espectro autista, etc. (Wigram, 2002, etc.).

El realizar una evaluación musicoterapéutica sistemática puede favorecer la consecución de los objetivos terapéuticos, dado que si el musicoterapeuta tiene un mejor conocimiento de las necesidades de los participantes de la intervención musicoterapéutica podrá enfocar mejor sus objetivos y, en consecuencia, posiblemente, mejoren los resultados obtenidos del tratamiento.

Para entender mejor el concepto de “evaluación musicoterapéutica”, vamos a aproximarnos a cada uno de estos conceptos por separado. Por una parte, en el capítulo anterior se abordó una delimitación conceptual acerca del término “Musicoterapia”, así como se realizó un acercamiento a los aspectos básicos de esta disciplina (encuadre musicoterapéutico, etc.). Por otra parte, tenemos el concepto de “evaluación”. Existen diversas definiciones entorno a este término. Se ha seleccionado la siguiente definición por estar enfocada hacia el campo de la evaluación psicológica, disciplina cercana a la evaluación musicoterapéutica:

“La evaluación psicológica queda definida como aquella disciplina de la psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento humano (en los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta.” (Fernández-Ballesteros, 2011: 56)

Pelechano (1988: 17) comenta que la meta final de la evaluación es “ofrecer una descripción lo más cuidadosa posible y que permita el establecimiento de recomendaciones y/o planes de intervención lo más claros y eficaces posibles”. En la evaluación psicológica, Pelechano (1988: 169) en lo que se refiere a los procesos de evaluación a utilizar, recomienda la utilización de estudios directos más que indirectos

(observaciones mediadas, informes de terceras personas y autoinformes) y establece tres fases: delimitación del problema, la recogida de información y la integración-sistematización de la información recogida. Este autor destaca tres tipos de requisitos en todo procedimiento de evaluación: normalización (métodos y procedimientos seguidos en la obtención de información), validación (validez de constructo) y calibración (existencia de medidas, escalas, puntuaciones e indicadores cuantitativos).

Es importante comentar, dado que la mayor información que encontramos sobre evaluación musicoterapéutica está en el idioma anglosajón, las diferencias terminológicas entre “assessment” y “evaluation”, que en ocasiones tienen el mismo significado (evaluación), pero que a veces pueden considerarse como “evaluación” y “valoración” respectivamente. Según Buena-Casal y Sierra (1997), “valoración” se refiere a la exploración o examen de objetos (como tratamientos, programas o puestos de trabajo), mientras que el término “evaluación” se refiere a la evaluación psicológica de sujetos, grupos o condiciones ambientales. También aluden estos autores a que el término “evaluación” (assessment) se relaciona con una etapa previa de recogida de datos y su organización de forma interpretable y el término “valoración” (evaluation) alude al juicio sobre la calidad del proceso o producto de la evaluación. Igualmente mencionan que esta diferenciación no es muy clara.

A continuación se presenta una tabla en la cual se pueden observar los modelos de valoración y evaluación clínica y la función asociada a cada uno de ellos:

TABLA 3.1.: *Formas de valoración y evaluación clínica* (Tomado de Wigram, Pedersen & Bonde, 1999)

Modelo de valoración	Función
Valoración diagnóstica	Obtener evidencias para apoyar las hipótesis de diagnóstico
Valoración general	Obtener información de necesidades prioritaria, fortalezas y debilidades
Valoración musicoterapéutica	Obtener evidencias de apoyo del valor de la musicoterapia como intervención
Valoración clínica inicial en Musicoterapia	Determinar en las primeras dos o tres sesiones un enfoque terapéutico relevante para el cliente
Valoración musicoterapéutica a largo plazo	Evaluar a lo largo del tiempo la efectividad de la Musicoterapia

3.2 Instrumentos de evaluación musicoterapéutica

En la evaluación musicoterapéutica encontramos algunos instrumentos (sistemas escalas, etc.) de evaluación musicoterapéutica como el IMTAP, el SCERTS, MAKS, AQR, STAM, GMP, SVAM, etc.

Actualmente no son muchos los instrumentos de evaluación musicoterapéutica y, menos aún que estén estandarizados. No obstante, existen algunos instrumentos de evaluación psicométrica como la escala musicoterapéutica para medir expresión y comunicación (*Music Therapy Scale –MAKS- for Measuring Expression and Communication*. Moreau, Ellgring, Goth, Poustka, Aldridge, 2009). Esta escala está diseñada para valorar las habilidades de expresión y comunicación musical que ocurren en la intervención musicoterapéutica, principalmente llevada a cabo con niños sanos o con enfermedades mentales. La versión final de la escala está compuesta por dos subescalas: la primera, la escala de expresión, presenta 14 ítems para valorar la improvisación musical individual del paciente y la segunda, la escala de comunicación, presenta 13 ítems para valorar la improvisación musical a dúo con el terapeuta.

Existe también un sistema de análisis para evaluar la calidad de las relaciones durante la Musicoterapia denominado “AQR” (*Analysis System to Evaluate the Quality of Relationship during Music Therapy*) de Schumacher y Calvet-Kruppa (1999; 2007). Este instrumento permite observar el desarrollo de la capacidad de expresión y de construir relaciones en niños con discapacidad, a través del análisis detallado de la expresión instrumental. Este sistema está compuesto por cuatro escalas: 1. Características específicas de la relación instrumental; 2. Características específicas de las vocalizaciones y expresiones pre-lingüísticas; 3. Características físicas y emocionales de la relación; 4. Características de la relación terapéutica.

El IMTAP, *The Individualized Music Therapy Assessment Profile* (el Protocolo de Evaluación de Musicoterapia Individualizado), es un protocolo de evaluación en musicoterapia desarrollado por seis musicoterapeutas con experiencia. Fue diseñado para valorar niños y adolescentes. Además de ser un instrumento de evaluación, el IMTAP puede tener otras utilidades: como plan de tratamiento para la intervención musicoterapéutica, como una herramienta para diseñar objetivos, como un indicador del funcionamiento general, como un instrumento de investigación, como una herramienta comunicativa con padres u otros profesionales, etc. El IMTAP está ampliamente detallado, contiene información fácil de entender sobre las habilidades del cliente y de su funcionamiento y permite identificar estrategias efectivas para cada cliente en la intervención musicoterapéutica.

El SEMTAP, *The Special Education Music Therapy Assessment Handbook*, y el MT-SEAS, *Music Therapy Special Education Assessment Scale*, son dos instrumentos diseñados para la evaluación en Musicoterapia en el contexto de la Educación Especial. El segundo de estos instrumentos es un suplemento o apoyo del primer instrumento para realizar una evaluación más reducida (*Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado*).

El SCERTS es otro instrumento de evaluación que puede utilizarse para identificar objetivos musicoterapéuticos para la intervención musicoterapéutica con personas con autismo. Este instrumento está diseñado para ser utilizado por equipos interdisciplinarios de profesionales y miembros de la familia que intervengan en el tratamiento del cliente.

El SVAM (Music Therapy Evaluation Scale) es un instrumento no validado para la evaluación de la comunicación personal. El SVAM está compuesto por 50 ítems que exploran varios aspectos de la relación musical. La relación puede ser entre un paciente y otro paciente o entre el paciente y el musicoterapeuta.

3.3 Instrumentos de Evaluación musicoterapéutica para personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Algunos de los instrumentos sobre evaluación musicoterapéutica y/o de documentos sobre Musicoterapia para personas con demencia están resumidos en el siguiente cuadro:

Cuadro 3.3. Instrumentos de evaluación y documentos sobre Musicoterapia y/o demencias

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y DOCUMENTOS SOBRE MUSICOTERAPIA Y/O DEMENCIAS	AUTOR/ES Y AÑO
<i>The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients (MTAT)</i>	<i>Glynn, N. J., 1992.</i>
<i>The development of a quantitative music skills test for patients with Alzheimer's Disease</i>	<i>York, E., 1994.</i>
<i>The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia.</i>	<i>Lipe, A. W., 1995.</i>
<i>Geriatric Music Therapy Clinical Assessment: Assessment of Music Skills and Related Behaviours</i>	<i>Hintz, M. R., 2000.</i>
<i>A Method of Music Therapy Assessment for the Diagnosis of Autism and Communication Disorders in Children</i>	<i>Wigram, T., 2000.</i>
<i>Assessment in Music Therapy with Clients Suffering from Dementia</i>	<i>Munk-Madsen, 2001.</i>
<i>Music Therapy Assessment for Children with Developmental Disabilities</i>	<i>Chase, K. M., 2004.</i>
<i>Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study</i>	<i>Svansdottir, H. B. and Snaedal, J., 2006.</i>
<i>The Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)</i>	<i>Baxter, H. T., Berghofer, J. A, MacEwan, L, Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P., 2007</i>
<i>Manual de Musicoterapia en Geriátria y Demencias</i>	<i>Mercadal-Brotons, M. y Martí, P., 2008.</i>
<i>Music Therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives.</i>	<i>Raglio, A. & Gianelli, M.V., 2009.</i>
<i>STAM protocol in dementia</i>	<i>Ceccato et al., 2012 (adaptado de Ceccato et al. 2006, 2009)</i>

Uno de estos instrumentos de evaluación musicoterapéutica para personas con demencia es el modelo de Munk-Madsen (2001). Este modelo está compuesto por seis secciones: actividades musicales, actividades y características motoras, nivel emocional, actividad cognitiva y mental, atención y contacto, y comentarios o reacciones del cliente en la sesión de musicoterapia.

Otro instrumento para la evaluación de personas con demencia en musicoterapia es el protocolo STAM (*sound training for attention and memory*: entrenamiento con sonido para la atención y la memoria). Este instrumento fue diseñado en primer lugar para personas con esquizofrenia y fue demostrada su utilidad (Ceccato et al, 2006; 2009). Posteriormente se realizó una adaptación del instrumento para personas con demencia.

Existen también otros instrumentos para el colectivo de personas mayores como el modelo de musicoterapia geriátrica (Geriatric Music Therapy Profile). Este instrumento valora las competencias del paciente en el campo musical y pueden ser utilizadas para realizar una representación del mismo en este sentido. Aunque no esté validado, puede ser útil para el tratamiento de rehabilitación con musicoterapia.

Respecto a instrumentos de evaluación musicoterapéutica específicos para personas con Enfermedad de Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer) encontramos el MTAT, *The Music Therapy Assessment Tool*. Esta herramienta de evaluación fue diseñada y desarrollada para evaluar los efectos de la musicoterapia en los patrones de conducta de personas con Enfermedad de Alzheimer. También puede ser utilizado este instrumento como herramienta de investigación por su alta consistencia interna y fiabilidad inter-jueces.

No obstante, son escasos los instrumentos que existen en la actualidad que puedan servir para facilitar la evaluación musicoterapéutica de personas con demencia y, aún más escasos son aquellos diseñados en habla hispana. Uno de ellos es el instrumento de evaluación musicoterapéutica de Mercadal-Brotons (2008).

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras demencias (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias) que se presenta en este libro es un instrumento de

evaluación que pretende favorecer la labor de identificación de las necesidades prioritarias (cognitivas, psicomotrices, socio-emocionales) de las personas con demencia y a su vez facilita la elección de los objetivos terapéuticos en función de las necesidades detectadas. En los próximos capítulos se explica con más detalle este sistema de evaluación.

Referencias bibliográficas

- Brotons, M. & Pickett-Cooper, P. (1994). Preferences of Alzheimer's disease patients for music activities: singing, instruments, dance/movement, and composition/improvisation. *Journal of Music Therapy*, 31(3), 220-233.
- Brotons, M. y Martí, P. (1988). *Manual de Musicoterapia en Geriatría y Demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Coord.) (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Ceccato, E., Caneva, P.A. & Lamonaca, D. (2006). Music therapy and cognitive rehabilitation: A controlled study, *Nordic Journal of music therapy*, 15 (1), 3-12.
- Ceccato, E., Lamonaca, D., Gamba, L., Poli, R. & Caneva, P.A. (2009). A multi-centre study to verify the effectiveness of the STAM method in the rehabilitation of schizophrenic patients: a single-blind, controlled, randomized study. *Italian Journal of Psychopathology*, 15 (4), 1-6.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Glynn, N. (1998). The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (1), 3-9.
- Hintz, M. R. (2000). Geriatric Music Therapy Clinical Assessment: Assessment of Music Skills and Related Behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18 (1), 31-40.

- Lipe, A. W. (1995). The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia. *Journal of Music Therapy*, 32 (3), 137-151.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y Grupo ZARADEMP, (2002). *Adaptación española: Examen Cognoscitivo Mini Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mateos Hernández, L. A. (2009). *Musicoterapia y Alzheimer. Guía de Implantación*. Salamanca: Centro de Referencia Estatal de Alzheimer. IMSERSO.
- Munk-Madsen, N. M. (2001). Assessment in Music Therapy with Clients Suffering from Dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10 (2), 205-208. DOI: 10.1080/08098130109478033.
- Pelechano, V. (1988). Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Vol I: conceptos básicos. Valencia: Alfaplus.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona"*. Manual. Barcelona: Masson.
- Peña-Casanova, J., Aguilar, M. Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G. Sol, J. M., Pujol, A., Blesa, R., y Grupo NORMACODEM. (1997). Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's Disease Assessment Scale. *Neurología*, 12 (2), 69-77.
- Raglio, A. & Gianelli, M.V. (2009). Music Therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives. *Current Alzheimer Research*, 6 (3), 293-301.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M. Ubezio, M.C., Villani, D. & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22 (2), 158-162.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De León, M. J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Rosen, W. G., Mohs, R. C. & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer Disease. *A. J. Psychiatry*, 141, 1356-1364.

- Sabbatella, P. (1999). How to Evaluate Music Therapy?. *Info CD Rom IV. E-Book of Articles IV European Music Therapy Congress* (PDF), 229-255. Universidad Witten-Herdecke.
- Sabbatella, P. (2001). The Process of Evaluation in Music Therapy Clinical Practice. *Info CD Rom IV. E-Book of Articles IX World Congress of Music Therapy* (PDF), 158-173. Universidad Witten-Herdecke.
- Sabbatella, P. (2003a). *La Evaluación en la Práctica Profesional de la Musicoterapia: Un Estudio Descriptivo en el Contexto Iberoamericano*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz. [UMI](#). ISBN:84-96274-02-0. ProQuest Digital Dissertations.
- Sabbatella, P. (2004). Assessment and Clinical Evaluation in Music Therapy: An Overview from Literature and Clinical Practice. *Music Therapy Today (Online)* Vol. V, Issue 1 (January 2004)
- Sabbatella, P. (2011). El Concepto de Evaluación en Musicoterapia: Perspectiva Bibliográfica, Metodológica y de Investigación. En Sabbatella, P. (ed), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Cádiz 8-10 Octubre 2010. Málaga: Grupo Editorial Universitario.
- Sabbatella, P. (2012). La Evaluación de Personas con Discapacidad en Musicoterapia: Orientaciones Teóricas y Metodológicas. En Brotons, M. y Martí, P. (Coord.). *Música, Musicoterapia y Discapacidad*. Barcelona: Editorial Médica JIMMS.
- Schumacher, K. & Calvet, C. (2007). The AQR Instrument (Assessment of the quality of relationship). An observational instrument to assess the quality of a relationship. In T. Wosch & T. Wigram (Eds), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researches, educators and students* (pp. 79-91). London: Jessica Kingsley.
- Schumacher, K. & Calvet-Kruppa, C. (1999). The "AQR" - An analysis system to evaluate the quality of relationship. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(2), 188-191.

- Scian, S. G., Saillon, A., Franssen, E., Hugonot-Diener, L., Saillon, A., Reisberg, B. (1996). The behaviour Pathology in Al heimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD): Reliability and Analysis of Symptom Category Scores. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 819-830.
- Svansdottir, H. B. and Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics, 18*, 613-621.
- Vilalta, J., Lozano, M., Hernández, M., Llinás, J., López, S. y López, O. L. (1999). Neuropsychiatric Inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología, 1999, 29 (1)*, 15-19.
- Vink A.C., Birks J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. S. (2006). Musicoterapia para personas con demencia [Music therapy for people with dementias]. In *Cochrane Library Plus, 1*. Oxford: Update Software Ltd. Retrieve from: <http://www.update-software.com>.
- Vink, A. (2000). The problem of agitation in elderly people and the potential benefit of Music Therapy. In Aldridge, D. (Ed.) *Music Therapy in Dementia Care* (pp.102-118). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (Eds.) (1999). *A comprehensive guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley.
- York, E. (1994). The development of a quantitative music skills test for patients with Al heimer's Disease. *Journal of Music Therapy, 31(4)*, 280-296.
- Zaldívar, F., Rubio, V. y Márquez, M. O. (1995). *S.E.P.P. Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes*. Madrid: CEPE.

PARTE II.

II. DISEÑO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER (SEMPA).

Capítulo 4. Descripción del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

Capítulo 5. Fases de elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias:

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

Capítulo 6: Normas de aplicación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias:

Luis Alberto Mateos Hernández

Capítulo 4:

4 Descripción del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

(Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer)

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

4.1 ¿Por qué un Sistema de Evaluación Musicoterapéutico para Personas con Enfermedad de Alzheimer?

El desarrollar herramientas de evaluación es una necesidad prioritaria para los musicoterapeutas (Chase, 2004 y Baxter et al, 2007). Nuestra experiencia profesional previa nos ha permitido constatar precisamente que una de las debilidades de la Musicoterapia como disciplina científica en España es la escasez de herramientas de evaluación específicas para musicoterapeutas que trabajan con personas con la Enfermedad de Alzheimer, salvo valiosas excepciones (p.ej. Mercadal-Brotons & Martí, 2008). Este hecho trae consigo limitaciones significativas para la consolidación de la disciplina de la Musicoterapia dentro de las instituciones españolas en el campo de la Enfermedad de Alzheimer (Mateos Hernández, Del Moral, San Romualdo González Ingelmo, 2011):

- Frecuentemente en las sesiones de musicoterapia con personas con Enfermedad de Alzheimer en España no se evalúa con protocolos de evaluación preestablecidos.
- Apenas existen sistemas de evaluación musicoterapéutica para personas con Enfermedad de Alzheimer, y los que hay, con frecuencia son demasiado simples, y no permiten evaluar adecuadamente las competencias y limitaciones de los usuarios a los que se atiende. A veces se elaboran relatos descriptivos que tienen un alto valor informativo del estado de los pacientes, pero a menudo son poco sistemáticos, pues se apoyan en exceso en las interpretaciones subjetivas que hace cada día el musicoterapeuta.
- En algunas ocasiones, se emplean sistemas de evaluación prestados de otras disciplinas, como la psicología, la medicina o la logopedia, pero que no siempre son fácilmente adaptables a las características específicas de las metodologías de trabajo del musicoterapeuta.
- Además, las competencias socio-emocionales, tan relevantes dentro del trabajo de los musicoterapeutas, apenas han sido sistematizadas en protocolos musicoterapéuticos de evaluación.

- La comunicación interdisciplinar queda también mermada cuando el musicoterapeuta no dispone de herramientas que le otorguen más objetividad y tecnicidad a sus importantes aportaciones, y que puedan ser fácilmente integradas en los diferentes sistemas interdisciplinarios de evaluación diagnóstica de los pacientes dentro de la institución en la que se trabaja.
- Finalmente, si no existe una buena práctica evaluativa, es difícil que se pueda producir conocimiento científico dentro de la Musicoterapia aplicada, con lo cual se va a entretener la aceptación e integración completa de este rol profesional dentro de las instituciones españolas.

Por todo ello, consideramos que era de suma importancia dedicar nuestros esfuerzos a la elaboración de un sistema de evaluación adaptado a las peculiaridades que requiere el musicoterapeuta profesional. Este hecho, a su vez, va a permitir evaluar y atender mejor las necesidades prioritarias de las personas afectadas por Enfermedad de Alzheimer.

4.2 Objetivos del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, pretende facilitar y homogeneizar la evaluación musicoterapéutica de las sesiones de intervención y permitir mediante la obtención de resultados un perfil individual de las competencias individuales de cara a establecer unos objetivos de intervención que atiendan a las necesidades prioritarias de cada persona.

El fin último de la elaboración de esta herramienta de evaluación es mejorar la práctica profesional de los musicoterapeutas facilitando la sistematización de las conductas observadas durante las sesiones, adscribiéndolas a competencias del desarrollo. El sistema está elaborado para la evaluación de personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias durante las sesiones de musicoterapia, aunque también puede ser extensible a cualquier otro ámbito de la Geriátrica.

Los objetivos generales del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se pueden sintetizar en los siguientes:

- Jerarquizar las competencias prioritarias en sus distintos niveles de funcionamiento en relación a las principales áreas adaptativas que cualquier persona con enfermedad de Alzheimer u otras Demencias pueda trabajar en los programas de Musicoterapia: Área psicomotriz, perceptivo-cognitiva, comunicación y lenguaje, y socio-emocional.
- Diseñar un sistema de evaluación criterial lo suficientemente amplio como para guiar la planificación de la intervención musicoterapéutica de forma personalizada.
- Permitir que se puedan programar con sistematicidad y precisión los objetivos musicoterapéuticos desde la evaluación musicoterapéutica de las necesidades detectadas en los participantes en las sesiones.
- Elaborar un sistema musicoterapéutico de evaluación que aproveche las conductas espontáneas que se manifiestan incidentalmente en las sesiones de musicoterapia, y que evite los inconvenientes de los tests situacionales en este tipo de población.
- Facilitar la evaluación interdisciplinar acercando el rol del musicoterapeuta al de otros profesionales que atienden a personas con Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias.
- Obtener un perfil individualizado de evaluación de competencias de cada participante en las sesiones de musicoterapia, que facilite a su vez las tomas de decisiones profesionales así como la elaboración de informes musicoterapéuticos.

4.3 Características del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es un sistema que trata de evaluar las áreas adaptativas del desarrollo más susceptibles de ser trabajadas en las sesiones de musicoterapia con personas con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Por tanto, no se trabajan todas las competencias posibles que son adaptativas para las personas con Enfermedad de Alzheimer, aunque realmente se contemplan una parte muy importante de ellas. Como ejemplo de competencias no trabajadas en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias están las vinculadas al área del autocuidado personal (habilidades para el aseo, vestido-desvestido, alimentación, etc.), que consideramos que es más adecuado que sean evaluadas por otros profesionales en otros momentos y contextos de la vida diaria: auxiliares, terapeutas ocupacionales, etc. No obstante, consideramos que en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias están contempladas las principales competencias del desarrollo vinculadas a la conducta adaptativa de una persona con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

Este sistema de evaluación está orientado a la intervención musicoterapéutica para el entrenamiento y/o mantenimiento de capacidades de desarrollo de estas personas. La evaluación con el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se lleva a cabo mediante la observación de las conductas incidentales espontáneas que surgen a partir de las actividades musicales desarrolladas en las sesiones de musicoterapia, y posterior formulación de hipótesis por parte del musicoterapeuta sobre la zona de desarrollo próximo (ZDP) en el que se encuentran las competencias de cada persona, para su registro provisional y posterior verificación, modificación o desestimación de dichas hipótesis. Los registros de observación que se van realizando sesión tras sesión son una fuente de información descriptiva muy rica tanto para confirmar como desestimar estas hipótesis en el transcurso del tratamiento. Este hecho convierte al Sistema de Evaluación

Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias en una herramienta no sólo evaluativa sino también muy práctica para la orientación metodológica de cada musicoterapeuta y también para facilitar la detección de necesidades que puedan ser contempladas en la planificación musicoterapéutica de las siguientes sesiones.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es un sistema de evaluación abierto, con un lenguaje técnico, claro y conciso a la vez, de tal forma que los profesionales y allegados también puedan tener información del mismo y de los registros, para poder revisar de forma continua el comportamiento de los participantes en las sesiones. Así es posible optimizar al máximo la intervención diaria del trabajo interdisciplinar.

La aproximación evaluativa que se ha seguido para la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias ha sido una evaluación criterial. Es decir, el paciente es referente de sí mismo, en vez de ser analizado comparativamente con respecto a una distribución normativa (Zaldívar et al., 1995) del grupo de población en el que es asignado por los profesionales del diagnóstico o del grupo de personas con las que comparte características en su contexto institucional. Por ello, en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se realizan comparaciones intrasujeto en la que se observan y registran los cambios en conducta adaptativa que se producen en cada participante durante las sesiones de musicoterapia a lo largo del tiempo, mediante el muestreo de observaciones de conducta significativa, tanto de las observaciones en directo como en diferido mediante las grabaciones de video. De esta manera, la información obtenida de los registros del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias puede facilitar al musicoterapeuta la detección de las necesidades prioritarias de cada persona. A partir de estas necesidades, el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias puede ayudar al musicoterapeuta en la selección de los objetivos prioritarios del tratamiento musicoterapéutico de cada participante. Se consideran observaciones de conducta significativa a aquellas conductas que permiten evidenciar que la persona manifiesta tener competencias en una o varias de sus áreas del desarrollo.

El contenido del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se ha articulado en cuatro áreas adaptativas de desarrollo de las diferentes competencias que estas personas pudieran llegar a desempeñar. Estas áreas son:

- Área psicomotriz
- Área perceptivo-cognitiva
- Área de comunicación y lenguaje
- Área socio-emocional.

Al inicio del trabajo habíamos incluido una quinta área, la *musical*, para registrar en ella información relevante sobre aspectos musicales que puede facilitar la elaboración de pautas metodológicas más adecuadas para la intervención musicoterapéutica con cada participante. En el área musical comenzamos a incluir informaciones relevantes relativas a las otras cuatro áreas mencionadas a través de ítems relacionados con las competencias musicales. No obstante, finalmente no ha quedado reflejada el área musical en el protocolo del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, pero la información obtenida ha sido de gran utilidad para realizar ajustes y mejoras metodológicas en las sesiones de musicoterapia posteriores, así como en la misma elaboración de los ítems de las cuatro áreas.

Igualmente podemos señalar que hay otra área del desarrollo personal que queda también implícita y transversal: el desarrollo moral, especialmente en aquellos ítems que reflejan la capacidad de las personas para comunicarse con otros de forma empática y prosocial, que son capaces de tener en cuenta a otros (musicoterapeuta y/o participantes) y que es capaz de regular su conducta desde normas sociales y valores.

En la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias hemos priorizado la consistencia interna, la sistematicidad y la funcionalidad de esta herramienta de evaluación musicoterapéutica. Posteriormente, en futuras investigaciones se podrá mejorar el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias en lo que se refiere a la validez interna y externa y a la fiabilidad psicométrica del mismo.

4.4 Modalidad de evaluación: Conducta incidental espontánea vs test situacionales.

Antes hemos comentado que en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias hemos optado por tratar de evaluar las competencias de las personas con Enfermedad de Alzheimer desde sus conductas incidentales espontáneas en las sesiones y no desde situaciones estructuradas a priori, típicas de los tests o sistemas de evaluación. Esta decisión tiene sus argumentos, con sus ventajas y sus limitaciones. Vamos a comentar brevemente esta decisión del diseño:

La mayor parte de los sistemas de evaluación precedentes parten de tests situacionales, es decir, contruidos con ítems cuya aplicación está decidida a priori por el evaluador en un contexto artificial. Este contexto de evaluación con frecuencia limita la espontaneidad de los usuarios. Pueden evaluar competencias, pero si la respuesta del paciente es inexistente o errónea, es difícil saber si se debe a la falta de competencia de dicho paciente o a que la motivación para la tarea y/o el contexto no eran lo suficientemente adecuados. O dicho de otro modo: las dificultades físicas, cognitivas, comunicativas, afectivas y sociales inherentes a las personas con Enfermedad de Alzheimer, acrecentadas conforme la enfermedad va avanzando, se convierten en una seria limitación, con frecuencia insalvable, para realizar evaluaciones mediante cuestionarios o mediante pruebas con tareas estructuradas. Por ejemplo, en muchas ocasiones no se puede inferir del hecho de que una persona con Enfermedad de Alzheimer no haya respondido adecuadamente a una tarea propuesta por el evaluador que no tenga esa capacidad o que la haya perdido para siempre. Simplemente puede ser que en ese momento no respondiera o lo hiciera de forma inadecuada. Son muchas las situaciones en las que se puede observar que estas personas manifiestan comportamientos que nos hacen inferir que tienen ciertas capacidades y que en otros muchos momentos análogos anteriores no lo habían manifestado. La manifestación conductual de las funciones mentales de las personas con Enfermedad de Alzheimer resulta con frecuencia impredecible ya que éstas se ven influidas por diferentes factores que las hacen mucho más inestables para el control y autorregulación de la propia persona. Además, la propia tarea evaluativa mediante situaciones estructuradas puede convertirse para algunas personas con Enfermedad de Alzheimer en un momento angustioso, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad, en las que aún pueden

ser muy conscientes de las pérdidas de memoria y de capacidades mentales en general. Este hecho va a correlacionar en ellas con una menor autoeficacia percibida (Bandura, 1977). Finalmente, también queremos añadir que los test situacionales no pueden evaluar en muchas ocasiones competencias que solamente se manifiestan de forma incidental en entornos y/o contextos naturales, y podemos concluir que la modalidad de evaluación mediante tests situacionales para evaluar las competencias desde la conducta espontánea, como la que surge en las sesiones de Musicoterapia, no es la más recomendable.

Por ello, hemos considerado que era importante rastrear la posibilidad de elaborar el presente sistema de evaluación partiendo de las conductas espontáneas en contextos naturales, o por lo menos en contextos que estas personas consideran normales y cotidianos en su vida. En Musicoterapia trabajamos activando conductas musicales que tienen un alto componente de espontaneidad. Las sesiones de musicoterapia dentro de los contextos institucionales, en este sentido, encuentran un entorno idóneo para la evaluación ya que las personas que participan en ellas lo hacen con conocimiento, van a una actividad motivadora y personalizada, que preserva la intimidad afectiva de sus vivencias. Se minimiza el sentimiento de presión de tener que ejecutar adecuadamente las tareas que se le propongan y además la confianza y la expresión afectiva espontánea son los principios básicos del trabajo musicoterapéutico, para logra un cordial vínculo afectivo con cada uno de los participantes y entre ellos.

Por otra parte, el trabajo de la "reminiscencia musical" facilita la activación de recuerdos, emociones, praxias y habilidades en general, que aparentemente habían desaparecido del repertorio competencial de estas personas.

Por todos estos motivos se logra obtener información más real y auténtica sobre las competencias que puede llegar a manifestar cada persona en un contexto determinado. Es posible que se puedan constatar la presencia de capacidades que en el contexto general de la institución donde vive una persona con Enfermedad de Alzheimer aún no se han manifestado, o viceversa. Por ejemplo, si a una persona se le anima a bailar con una música asociada a la etapa vital de su juventud, es posible que lo haga activando su cuerpo, su afectividad y su lenguaje asociado a ese recuerdo emocional, que disfrute con ello, y que posteriormente sea más fácil que pueda expresar su vivencia presente al activarse estos recuerdos.

En las sesiones de Musicoterapia es útil evaluar las conductas espontáneas de los usuarios inmediatamente al finalizar cada sesión, aunque es importante tener sistematizado a priori un amplio repertorio de posibilidades competenciales para evaluar y unos cuantos objetivos competenciales a entrenar, seleccionados por ser las necesidades prioritarias del paciente. Si a pesar de todo, existen ítems que no se han podido valorar adecuadamente en las sesiones, se pueden adaptar las actividades musicales de las sesiones sucesivas para tratar de completar la valoración del paciente. Además, se puede contrastar la información obtenida con la de otros profesionales y/o familiares para mejorar la valoración final de cada persona.

4.5 Modalidad de investigación.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se ha construido a partir de un estudio descriptivo / observacional, cuyo contenido se ha articulado en cuatro áreas de desarrollo de las diferentes competencias que estas personas pudieran llegar a desempeñar. Se ha empleado la metodología de « Investigación/Acción », en la cual se retroalimenta el sistema de evaluación con las intervenciones musicoterapéuticas y viceversa. Esto ha sido posible al poder filmar con los permisos pertinentes las diferentes sesiones de musicoterapia que se han ido realizando semanalmente con los grupos de personas con Enfermedad de Alzheimer.

Como instrumentos para la recolección de datos se ha empleado la observación directa en sesión o a través de la cámara de Gessell y la observación diferida mediante cámara de video. En todas estas modalidades de obtención de datos se han empleado registros en fichas de evaluación. También se ha empleado la Cámara de Gesell para obtener aportaciones de evaluadores externos a la intervención. Por último, señalamos que se han tenido en cuenta instrumentos estandarizados de evaluación previos.

Se llevaron a cabo 85 sesiones de musicoterapia con dos grupos, 5 personas con enfermedad de Alzheimer en cada grupo, que se diferencian principalmente en el grado de deterioro cognitivo de los participantes (leve y moderado). Todos los participantes de la investigación son usuarios de Centro de Día del Centro de Referencia Estatal para la

atención de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Centro de Referencia Estatal de Alzheimer de Salamanca) y las sesiones se han llevado a cabo en el aula de Musicoterapia de este centro, que está dotada con sistema de video grabación, cámara de Gessell, instrumentos musicales adecuados y equipo de música.

Se procedió al registro de datos de cada participante a partir de las grabaciones y observación directa de dos sesiones semanales de Musicoterapia de 50 minutos de duración cada una.

Las valoraciones de los videos se han realizado y validando con el *sistema de interjueces* por los tres musicoterapeutas del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer autores del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, y con la ayuda inestimable de otros evaluadores externos, también musicoterapeutas del Equipo del Máster en Musicoterapia de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Todas las intervenciones y evaluaciones han sido realizadas por musicoterapeutas profesionales, con título de postgrado universitario en Musicoterapia, como requisito básico de garantía para las intervenciones musicoterapéuticas. El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se ha ido construyendo progresivamente desde las necesidades detectadas en las personas con Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias por los musicoterapeutas durante el transcurso de las sesiones de musicoterapia.

4.6 Instrumentos previos de evaluación para la recolección de datos

Como ya hemos comentado, también se han tenido en cuenta instrumentos previos estandarizados de evaluación de personas con Enfermedad de Alzheimer, así como instrumentos o documentación sobre la evaluación musicoterapéutica. Algunos de ellos son los siguientes:

TABLA 4.6. Instrumentos de evaluación de personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias usados como referencia.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE Enfermedad de Alzheimer	AUTORES Y AÑO
Escala de deterioro global (GDS).	<i>Reisberg B et al, 1982.</i>
Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) Escala de Evaluación para Enfermedad de Alzheimer (ADAS)	<i>Mohs, R.C., Rosen, W.G., Davis, K.L., 1984. Versión Castellana: Peña Casanova J. et al. 1997.</i>
Mini Mental Examination State o MMSE.	<i>Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR, 1975. Adaptación Española. Lobo A, Sanz P, Marcos G. Grupo Zarademp. Madrid: TEA Educaciones. S.A., 2002</i>
WAIS/WAIS-R. Wechsler Adult Intellygence Scale,	<i>Wechsler, D. 1981. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica-Test Barcelona. Peña-Casanova et al. Barcelona: Masson, 1990 y 1991. Edición Revisada, Test de Barcelona-R, 2005.</i>
WMS/WMS-R. Wechsler Memory Scale,	<i>Wechsler, D. 1987)</i>
Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG)	<i>Roth et al, 1988, traducción y validación al castellano, Vilalta et al, 1991.</i>
Test del Informador (TIN).	<i>Jorm AF, Scott R, et al. Assesment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire, 1989. Adaptación Española. Test del Informador (TIN), 1995</i>
Escala de depresión geriátrica (GDS)	<i>Yesavage et al, 1983. Versión traducida y validada al castellano, Martínez de la Iglesia et al, 2002.</i>
Escala de Demencia de Blessed	<i>Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. 1968.</i>
Índice de Barthel	<i>Mahoney y Barthel, 1965. Traducción y validación al castellano, Baztán et al, 1993.</i>
Índice de Lawton	<i>Lawton y Brody, 1969. Traducción y validación al castellano</i>
Escala de depression y ansiedad (E.A.D.G.)	<i>Goldberg y cols. 1998. Versión española GZEMPP, 1993.</i>
CERAD Neuropsychological Battery Batería neuropsicológica CERAD	<i>Morris, J.C., Heyman A. y Mohs R.C., 1989. Versión castellana: Martínez Lage et al. 1997</i>
Neurobehavioural Rating Scale (NRS)	<i>Levin, H.S., High, W.M., Goethe, K.E. et al. 1987. Versión castellana: Tirapu, J., Pelegrin C y, Martín, M., 1995.</i>
Escala Neurocomportamental de Levin	
Medida Global de Capacidad Funcional	
Sandoz Clinical Assessment Geriatric Escala de Valoración Clínico-Geriátrica de Sandoz (SCAG)	<i>Shader, RI, Harmatz, JS, Salzman, C., 1974. Versión castellana: Sánchez Ferrín et al., 1999.</i>
CliftonAssessment Procedures for the Elderly Clifton. Profedimientos para la Evaluación de Ancianos	<i>Pattie, A.H., Gilleard, C.J., 1975. Versión castellana: TEA Ediciones (Rocío Fernández Ballesteros, 1997)</i>
The Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)	<i>Baxter, H. T., Berghofer, J. A, MacEwan, L, Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P., 2007</i>
Geriatric Music Therapy Clinical Assessment: Assessment of Music Skills and Related Behaviours	<i>Hintz, M. R., 2000.</i>
Music Therapy Assessment for Children with Developmental Disabilities	<i>Chase, K. M., 2004.</i>
The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia.	<i>Lipe, A. W., 1995.</i>

Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psych. Rev.* 84(2) 191–215.
- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chase, K. M. (2004). Music Therapy Assessment for Children with Developmental Disabilities: A survey study. *Journal of Music Therapy*, 24 (1), 28-54.
- Mateos Hernández, L. A., Del Moral, M. T., San Romualdo, B., González Ingelmo, E. (2011). *Elaboration of a Music Therapy Assessment System for people with Alzheimer's Disease (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias)*. In Sabbatella, P. (ed.) (2011). *Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education – Selected Readings & Proceedings of the VIII European Music Therapy Congress, May 5-9, 2010, Cádiz, Spain*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Mercadal-Brotons, M., Martí, P. (2008). *Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Sabbatella, P. (2011). El Concepto de Evaluación en Musicoterapia: Perspectiva Bibliográfica, Metodológica y de Investigación. En Sabbatella, P. (ed), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Cádiz 8-10 Octubre 2010. Málaga: Grupo Editorial Universitario.
- Sabbatella, P. (2012). La Evaluación de Personas con Discapacidad en Musicoterapia: Orientaciones Teóricas y Metodológicas. En Brotons, M. y Martí, P. (Coord.). *Música, Musicoterapia y Discapacidad*. Barcelona: Editorial Médica JIMMS.
- Zaldívar, F. et al., (1995). *Sistema de Evaluación para personas plurideficientes*. Madrid: CEPE.

Capítulo 5:

5 Fases de elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

(Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer)

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

"La técnica es el esfuerzo para ahorrar esfuerzo" (José Ortega y Gasset)

5.1 *Elaboración de la primera versión borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.*

5.1.1 Criterios metodológicos para la jerarquización interna del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

Para empezar la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias consideramos que debíamos desarrollar una estructura jerárquica que facilitara su comprensión para los musicoterapeutas que la vayan a utilizar como referencia en su trabajo profesional. Basándonos en Zaldívar (1995) consideramos que la jerarquización interna del sistema de evaluación debe:

- Ser extensivo respecto al nivel de funcionamiento dentro de cada área, de manera que evalúe tanto los niveles más bajos de las distintas capacidades como los más elevados de acuerdo con las características de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
- Ser lo suficientemente amplio que sea capaz de guiar la intervención musicoterapéutica mediante la planificación de objetivos que se ajusten a las necesidades prioritarias de cada persona, pero lo más reducido y sencillo posible para facilitar su administración.
- Servir como guía de toma de decisiones para que ayude al musicoterapeuta en la tarea de evaluación evitando la evaluación de aspectos irrelevantes, o al menos no prioritarios.
- Permitir la elaboración de un perfil sistematizado que refleje las características y competencias de cada persona evaluada durante las sesiones de musicoterapia facilitando la toma de decisión durante la intervención.

5.1.2 Elaboración de la estructura jerárquica del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

En la elaboración de la estructura jerárquica del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias hemos considerado una secuencia de pasos, explicitando primeramente lo más general para acercarnos progresivamente a lo más particular. Y dentro de lo posible, hemos tratado de que en los niveles jerárquicos posteriores se organizaran desde lo más simple a lo más complejo, ya sea en subáreas, dimensiones (competencias) o ítems.

La secuencia seguida para la elaboración de la estructura jerárquica del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias ha sido la siguiente:

- Establecimiento de las áreas del desarrollo, su denominación y su extensión.
- Selección de las funciones psicológicas de cada área.
- Selección de los componentes de cada función psicológica.
- Selección del modo cómo se manifiestan los componentes o dimensiones de la función psicológica.
- Selección de los ítems que detectan competencias de desarrollo.
- Selección de las caracterizaciones (opciones) de cada ítem.
- Elaboración del sistema de puntuación de los ítems y registro en hoja de respuestas.

Para llenar de contenido esta estructura hemos utilizado diferentes estrategias, como el vaciado de contenidos de otros sistemas de evaluación para personas con Enfermedad de Alzheimer, el estudio general de las características de las personas con Enfermedad de Alzheimer y de cada usuario en particular, así como la identificación de las necesidades prioritarias de cada uno de ellos. Se ha optado por elegir aquellos ítems relevantes que de algún modo pudieran ser evaluados durante las sesiones de musicoterapia. Se ha puesto especial hincapié en todos aquellos que evalúan competencias procedimentales y actitudinales que se manifiestan en la conducta

espontánea dentro de contextos naturales conocidos, que generan confianza en los participantes. Y también se han priorizado aquellos que se ven más involucrados en la calidad de vida de las personas con Enfermedad de Alzheimer, especialmente en su desarrollo socio-emocional.

5.1.3 Selección de las áreas de desarrollo.

Si bien es cierto que existen en el mercado diferentes modalidades para denominar y agrupar las competencias psicológicas del desarrollo humano, también es cierto que existen algunos rasgos que son más comunes a buena parte de ellas. Al pensar en las personas con Enfermedad de Alzheimer, y en las posibilidades que les puede ofrecer la musicoterapia consideramos que era importante incluir las siguientes cuatro áreas que agrupan las principales competencias psicológicas necesarias para la vida cotidiana de estas personas:

- **Área Psicomotriz**
- **Área Perceptivo-Cognitiva**
- **Área de Comunicación y Lenguaje**
- **Área Socio-Emocional.**

Queremos señalar que aunque con frecuencia se clasifica el lenguaje como una capacidad del área cognitiva, hemos decidido separarla como un área aparte, dado que en musicoterapia se puede trabajar con eficiencia y eficacia muchas de estas competencias. y hemos considerado que requieren un tratamiento aparte más pormenorizado. Además, le hemos unido funciones psicológicas relativas a la comunicación no verbal por el mismo motivo, de modo que comunicación y lenguaje formen un bloque con una lógica interna de continuidad.

5.1.4 Selección de las funciones psicológicas de cada área (subáreas).

Al seleccionar las funciones psicológicas en cada una de las cuatro áreas hemos tratado de seguir en todas ellas, dentro de lo posible, el criterio de exponerlas desde las más simples a las más complejas, como ya apuntamos. Este procedimiento es particularmente útil para situar las diferentes secuencias del desarrollo de cada persona, pues con frecuencia es necesario poder tener más precisión terminológica y conceptual para definir lo que una persona con Enfermedad de Alzheimer puede hacer, lo que hace con dificultad y lo que realmente no puede hacer ni aunque reciba ayuda, para desde ahí ofrecerle el tipo de apoyo que necesita en concreto.

5.1.5 Selección de los componentes de cada función psicológica.

Dentro de cada función psicológica hemos tratado de seleccionar las principales *competencias* o *componentes* de dicha función psicológica. Algunos autores también las denominan *dimensiones* (Zaldívar, 1995). Es un nivel de concreción mayor. Hay subáreas donde hay más competencias y otros donde hay menos. No se ha buscado que haya homogeneidad numérica en el número de competencias por cada subárea, sino que el criterio principal ha sido el destacar aquellas que considerábamos que eran las más susceptibles de ser usadas por musicoterapeutas que trabajan con personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, ya fuera por nuestra experiencia profesional previa, o por el propio resultado de la evaluación de las sesiones en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer con la metodología de *Investigación/Acción*, o por las aportaciones de los instrumentos de evaluación previos.

5.1.6 Selección del modo cómo se manifiestan los componentes de la función psicológica.

En algunas competencias consideramos útil el matizar el modo cómo se manifiestan los componentes de la función psicológica. Por ejemplo, en el área de comunicación y lenguaje, en la 4ª subárea titulada *Lenguaje*, hay un segundo componente titulado *Manejo del lenguaje no verbal* que a su vez se subdivide en 5 modos de manifestación: Atender, imitar sonidos, responder a gestos, utilizar gestos e imitar movimientos. Cada uno de estos modos tienen asignados unos ítems diferentes. Obviamente, todos estos ítems permiten evaluar el componente o competencia denominada *manejo del lenguaje no verbal*.

5.1.7 Selección y elaboración de los ítems que detectan competencias de desarrollo.

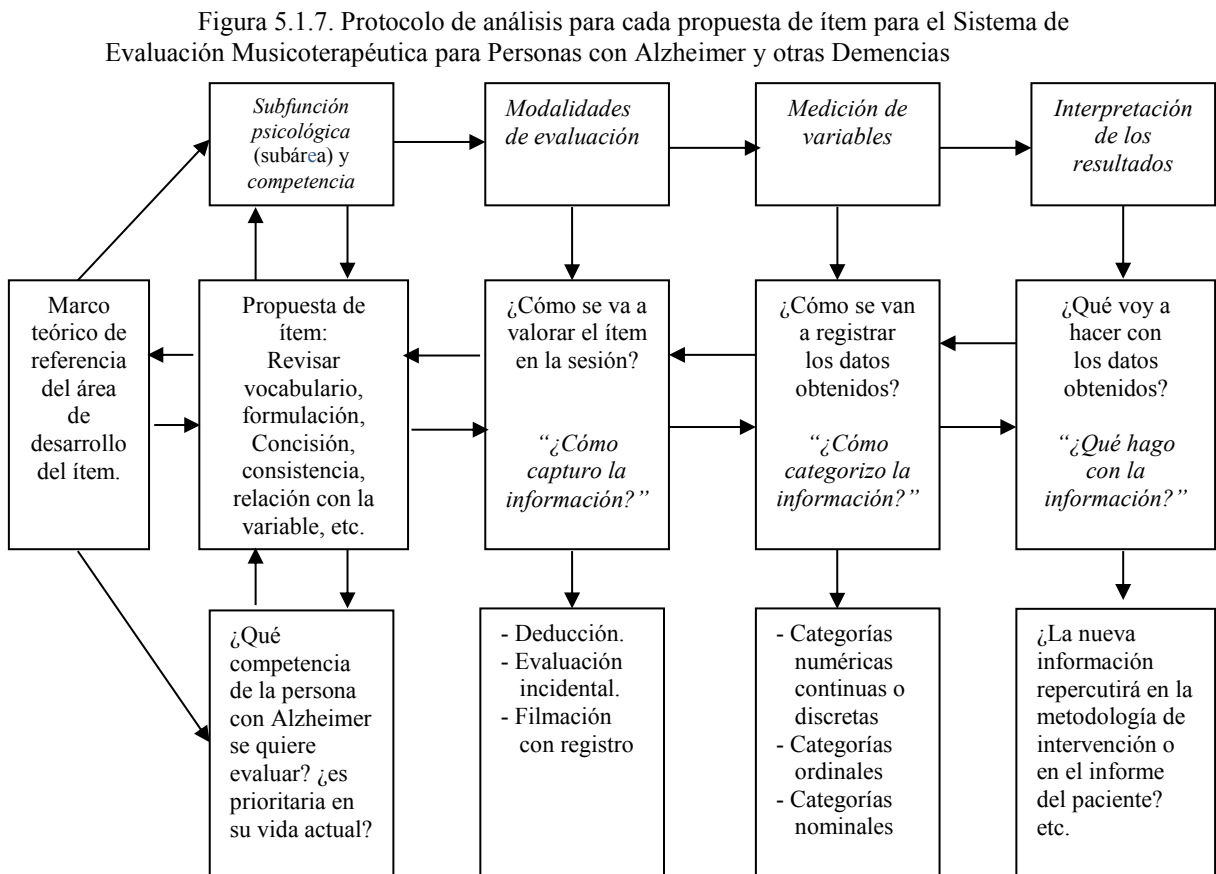
El proceso de selección y elaboración de los ítems que detectan competencias de desarrollo se realizó de acuerdo a un procedimiento articulado mediante varios pasos cualitativos, que nos exigíamos preguntarnos para cada propuesta de ítem. Esta propuesta podría ser tanto de sistemas de evaluación previos como de anotaciones observacionales de las sesiones de musicoterapia. Se tuvo en cuenta tanto la secuenciación de ítems de otros sistemas de evaluación previos como los criterios evolutivos de adquisición de competencias, tratando de ordenarlos desde los más simples a los más complejos.

Los criterios que hemos seguido para asignar los ítems a las áreas, subáreas y competencias han sido varios, pero destacamos los más relevantes:

- Independencia de las áreas: aunque todas las áreas están interrelacionadas, hemos tratado de que cada ítem estuviera claramente orientado a evaluar el área en el que estaba asignado y no otras. De este modo, la interdependencia de las áreas no sería óbice para aplicar una sola de las áreas del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias en un momento dado.
- Evaluación de competencias prioritarias: lo que más nos ha interesado es que cada ítem aporte al musicoterapeuta tanto un aspecto significativo de la competencia en cuestión como un hipotético objetivo de trabajo en las futuras sesiones de musicoterapia, ya que en esta disciplina las carencias en competencias se convierten en necesidades prioritarias, es decir, en objetivos musicoterapéuticos.
- Búsqueda de equilibrio en lo posible entre los dos modos principales de obtención de información en los ítems: Deducción y observación conductual/contextual de la competencia. Si se daban las dos a la vez en el mismo ítem, su información debía de ser congruente entre ambas fuentes.

Dada la complejidad de esta tarea, y del hecho de que las diferentes áreas del desarrollo están íntimamente interrelacionadas, consideramos que era importante ser rigurosos en el análisis de cada propuesta de ítem, tanto para su adecuada elaboración como para su descarte o selección para el primer borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

Teniendo en cuenta estos criterios, hemos pasamos a resumir el procedimiento empleado en la construcción del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias para el análisis de cada propuesta de ítem mediante la siguiente figura:



5.1.8 Selección de las caracterizaciones (opciones) de cada ítem.

Las opciones de respuesta de cada ítem fueron establecidas en un inicio en cuatro categorías que reflejaban dos variables:

- Grado de consecución del ítem:
 - Sí, siempre.
 - Sí, a veces.
 - No.
- Necesidad/ no necesidad de ayuda para su consecución:
 - Sí, con mediación.

	SI siempre	SÍ, a veces	SÍ, con mediación	NO
--	------------	-------------	-------------------	----

En cuanto iniciamos el uso del primer borrador nos dimos cuenta que era mucho más práctico y adecuado separar ambas variables en el registro, de modo que se pasaba a seis posibles categorías de respuesta:

	SI siempre		A veces		NO	
	SM	CM	SM	CM	SM	CM

- Grado de consecución del ítem:
 - Sí, siempre.
 - Sí, a veces.
 - No.
- Necesidad/ no necesidad de ayuda para su consecución:
 - "Sin mediación" (SM).
 - "Con mediación" (CM).

5.1.9 Elaboración del sistema de puntuación de los ítems y registro en hoja de respuestas.

Desde el primer momento hemos considerado importante por su utilidad y funcionalidad que toda la información recogida de cada persona con Enfermedad de Alzheimer o con demencia que haya participado de una sesión de musicoterapia quede reflejada de forma lo más clara y sintética posible.

En el siguiente capítulo de la presente obra se detallarán los pormenores de cómo rellenar los protocolos Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

5.2 Aplicación y revisión de la primera versión borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

5.2.1 Objetivos de la primera aplicación piloto

Durante 32 sesiones se fue construyendo el primer borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias. Desde ese momento hasta la sesión 64, otras 32 sesiones, se llevó a cabo la primera aplicación piloto del primer borrador del sistema de evaluación. Con esta aplicación piloto se abordaron los siguientes objetivos:

- Poner en práctica la evaluación musicoterapéutica con personas con Enfermedad de Alzheimer.
- Retroalimentar de forma continua el propio sistema, consolidando lo que estaba bien y mejorando todo lo que se iba manifestando como mejorable.
- Eliminar ítems, competencias y subáreas que no estaban bien elaboradas, o que no eran relevantes.

5.2.2 Modificaciones de la primera versión

En ese momento se realizaron diferentes modificaciones:

- El orden de algunas subáreas, competencias e ítems fue modificado para que su secuenciación fuera más adecuada.
- Se quitaron algunos ítems porque eran adecuados desde el punto de vista estrictamente conductual pero que era dudosa su capacidad de medir competencias significativas.
- Se eliminaron ítems que se solapaban con otros en cuanto a su contenido, es decir, que no eran mutuamente excluyentes entre sí, u otros que podrían ser ambiguos.
- Se añadieron nuevas subáreas, competencias e ítems, fruto del uso del primer borrador del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias como herramienta de evaluación en las primeras 38 sesiones de musicoterapia.
- Se quitaron definitivamente el área del desarrollo musical y el área del desarrollo moral para dejarlas como áreas transversales, como ya se comentó.
- Se descartaron aquellos ítems cuyo nivel de dificultad competencial alejara a dichos ítems del objetivo de enfatizar las competencias del desarrollo más adaptativas para la vida diaria.

5.2.3 Construcción de la segunda versión del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Desde la sesión 65 hasta el final se siguió aplicando la primera versión del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias al tiempo que se seguía trabajando en la mejora continua de todo el sistema. Se incorporaron todos los cambios y añadidos expuestos en el apartado anterior, hasta que el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias quedó configurado como protocolo definitivo en la versión que se encuentra al final de este manual, en el ANEXO I.

5.3 Aplicación de la segunda versión borrador y garantías científicas del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es más cercano a una herramienta sistemática de evaluación curricular que a un test estandarizado. Las garantías científicas aportadas se pueden resumir en las siguientes:

- Uso de pruebas psicométricas estandarizadas como referencia para su construcción, mediante vaciado de ítems y análisis de contenido.
- Uso de metodología observacional para extraer ítems de las filmaciones de las propias sesiones de musicoterapia.
- Validación de los ítems por el sistema de interjueces.
- Revisión de expertos.

5.4 Construcción de la versión definitiva del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

La versión definitiva es la que exponemos al final de la presente obra. Seguramente esté llamada a seguir mejorándose en el futuro. En cualquier caso es una herramienta de evaluación que está abierta a que cualquier musicoterapeuta pueda modificarla en función de las necesidades que detecte en sus usuarios, o en función de la población a la que vaya destinada.

5.5 Elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado desde los objetivos musicoterapéuticos prioritarios de cada paciente.

Hemos denominado *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado* a un protocolo sencillo en el cual se sintetizan aquellos elementos del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias que son relevantes para una persona en un momento dado. Su uso puede venir dado tanto por la necesidad perentoria de obtener con rapidez el perfil básico de desarrollo de una persona al no tener tiempo para aplicar el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias con detenimiento, o bien porque una vez aplicado este, es necesario para el musicoterapeuta sintetizar la información centrándose en lo más significativo y prioritario de cada persona en particular. En ambos casos, es conveniente proceder a realizar con anterioridad a su aplicación una o varias entrevistas centradas en la obtención de información relevante de las capacidades y limitaciones de la persona en cuestión. Puede realizarse a quien se consideren las personas más susceptibles de ofrecer información relevante: al propio paciente, a los familiares, a profesionales, etc.

El *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado* es una plantilla resumen de los ítems más relevantes y prioritarios a trabajar en las sesiones de musicoterapia con una determinada persona. Está orientado a que la evaluación sea un proceso más funcional, intuitivo y ágil para el musicoterapeuta, ya que la realidad de esta profesión es que con frecuencia hay que realizar sesiones a muchas personas por grupo y a varios grupos seguidos, por lo que se pierde mucha capacidad de seguimiento sistemático de los participantes en las sesiones.

Una vez que se ha ido aplicando progresivamente en protocolo Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias a cada participante, y que tenemos claro cuáles son aquellos ítems más significativos y prioritarios para cada uno, es el momento de poder reflejar en un documento una síntesis de lo evaluado para que nos guíe en la planificación de las siguientes sesiones del tratamiento.

Como cada ítem del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias tiene una clave sintética asignada, que por su color refleja el área a la que pertenece, y por su código indica el punto exacto en el que se encuentra en la jerarquía de ese área, entonces es posible agrupar en un protocolo personalizado aquellos ítems de cada persona en cada área que sean los realmente más prioritarios, y de esta manera poder hacer un seguimiento mucho más preciso, sin perderse entre las muchas competencias e ítems que vienen reflejadas en el protocolo Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias. Por ejemplo:

Código	Ítems
CL 1.2.a	Dirige voluntariamente la atención hacia estímulos comunicativamente significativos del musicoterapeuta

En este ítem, CL se refiere al Área de Comunicación y Lenguaje, el 1 es el subárea primera denominada *Funciones básicas de la comunicación*, el 2 se refiere a la dimensión o competencia denominada *Atención a la comunicación*, y por último, la letra "a" se refiere al ítem número 1.

Bibliografía de referencia

- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mateos Hernández, L. A., Del Moral, M. T., San Romualdo, B. González Ingelmo, E. (2011). *Elaboration of a Music Therapy Assessment System for people with Alzheimer's Disease (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias)*. In Sabbatella, P. (ed.) (2011). *Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education – Selected Readings & Proceedings of the VIII European Music Therapy Congress, May 5-9, 2010, Madrid, Spain*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

- Mateos Hernández, L. A., Del Moral, M. T., San Romualdo, B. González Ingelmo, E. (2011). *Elaboration of a Music Therapy Assessment System for people with Alzheimer's Disease (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias)*. In Sabbatella, P. (ed.) (2011). *Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education – Selected Readings & Proceedings of the VIII European Music Therapy Congress, May 5-9, 2010*, Córdoba, Spain. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Mercadal-Brotons, M. Martí, P. (2008). *Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Sabbatella, P. (2011). El Concepto de Evaluación en Musicoterapia: Perspectiva Bibliográfica, Metodológica y de Investigación. En Sabbatella, P. (ed), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Cádiz 8-10 Octubre 2010. Málaga: Grupo Editorial Universitario.
- Sabbatella, P. (2012). La Evaluación de Personas con Discapacidad en Musicoterapia: Orientaciones Teóricas y Metodológicas. En Brotons, M. y Martí, P. (Coord.). *Música, Musicoterapia y Discapacidad*. Barcelona: Editorial Médica JIMMS.
- Zaldívar, F. et al., (1995). *Sistema de Evaluación para personas plurideficientes*. Madrid: CEPE.

Capítulo 6:

**6 Normas de aplicación, puntuación y registro del
Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para
Personas con Alzheimer y otras Demencias**
(Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer)

Luis Alberto Mateos Hernández

"En los campos de la observación, el azar no favorece sino a los espíritus preparados" (Louis Pasteur)

6.1 Normas de aplicación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es una herramienta de evaluación abierta y flexible. Es una forma de organizar sistemáticamente la información que surge de la intervención profesional de los musicoterapeutas, tanto para facilitar su gestión al propio profesional como para que pueda ser compartida y discutida con otros profesionales.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es una herramienta versátil que puede ser aplicada de diferentes formas. Se le pueden dar usos diversos según las necesidades evaluativas de cada momento. Sugerimos las que consideramos más prácticas y relevantes:

- Para la evaluación inicial con personas con Enfermedad de Alzheimer que empiezan a participar de las sesiones de musicoterapia.
- Para la evaluación continua dentro de un tratamiento de musicoterapia que se prolonga en el tiempo.
- Para la planificación de objetivos prioritarios en cada área del desarrollo en función de las necesidades detectadas en las sesiones de musicoterapia.
- Para compartir la información obtenida en las reuniones de equipo interdisciplinar.
- Para la elaboración de informes musicoterapéuticos individualizados.

Las principales normas de aplicación a tener en cuenta son las siguientes:

- La aplicación del sistema debe realizarse no linealmente de principio a fin, sino en función de las prioridades de cada momento en cada persona con Enfermedad de Alzheimer. Al no ser un protocolo psicométrico, sino criterial y basado en evaluación de competencias, podemos centrarnos en aquellos aspectos competenciales que se presenten como más relevantes en un momento dado.

- Es importante puntuar solamente una de las 6 casillas como posibles respuestas ya que son mutuamente excluyentes entre ellas.
- Al ser un sistema de evaluación continua, el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias es un sistema de evaluación que se puede usar todas las semanas para retroalimentar con su información la toma de decisiones metodológicas de las siguientes sesiones. Por eso debe usarse como un reflejo de las competencias percibidas y/o evaluadas hasta ese momento. No obstante, si se ve más conveniente, también puede aplicarse en diferentes momentos del tratamiento (p.ej. cada semana, cada mes, cada 3 meses, etc.), especialmente cuando los pacientes están gravemente afectados y/o cuando experimentan cambios muy lentos en su desarrollo, tanto de avance como de retroceso.
- Puede aplicarse cada área por separado, e incluso trabajarlas con profesionales diferentes, para complementar la información. Por ejemplo, el área psicomotriz con fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales; el área perceptivo-cognitiva con neuropsicólogos; el área de comunicación y lenguaje con logopedas y el área socio-emocional con terapeutas si los hubiera. Aún así, conviene recordar que la persona es un todo, y que la valoración que realiza todo el equipo interdisciplinar en coordinación con las familias y otros posibles profesionales externos es mucho más completa, precisa y ajustada a la realidad.

Como pautas complementarias que pueden ser tenidas en cuenta para el mejor uso del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias reseñamos las siguientes:

- El mejor momento para anotar las valoraciones del musicoterapeuta es al concluir la sesión de musicoterapia. Si en ese mismo momento no se puede es recomendable no postergarlo innecesariamente y buscar cuanto antes un momento para su anotación. También se pueden tomar notas breves en un papel, pero no es recomendable hacerlo durante la sesión ya que ese tiempo debe estar dedicado preferentemente a las personas que asisten a la sesión.

- Aconsejamos rellenarlo en lápiz. Por ejemplo, si hemos registrado un ítem con la respuesta "NO, sin mediación", y en sesiones posteriores tenemos la oportunidad de comprobar que la persona evaluada tampoco es capaz aunque se la ayude, entonces, borraríamos lo anotado y marcaríamos una cruz en "NO, con mediación". Pero si posteriormente comprobáramos que la persona evaluada sí es capaz de realizar lo que propone el ítem con ayuda, podremos borrar nuevamente y anotar "Sí, con mediación".

6.2 Normas de puntuación y registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

6.2.1 El sistema de puntuación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Como ya explicamos en el capítulo anterior, el sistema de puntuación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias consta de seis posibles categorías de respuesta:

	SI siempre		A veces		NO	
	SM	CM	SM	CM	SM	CM

Estas categorías se forman al cruzar las diferentes opciones de respuesta posibles en dos variables:

- Grado de consecución del ítem:

- "*Sí, siempre*": se considera esta respuesta cuando se valora que habitualmente la persona evaluada tiene disponible y expresa la capacidad referida en el ítem, aunque en algún momento puntual puede que no haya sido así por diversas variables de carácter coyuntural.

- *"Sí, a veces"*: se considera esta respuesta cuando se valora que de vez en cuando la persona evaluada tiene disponible y expresa la capacidad referida en el ítem, pero que dicha capacidad no es habitual y que, por tanto, no está consolidada.

- *"No"*: se considera esta respuesta cuando se valora que habitualmente la persona evaluada no tiene disponible ni expresa la capacidad referida en el ítem.

- Necesidad/ no necesidad de ayuda para su consecución:

- *"Sin mediación"* (SM):

- *"Con mediación"* (CM):

Las casillas vacías en un ítem significa que no se ha realizado la evaluación de dicho ítem.

6.2.2 El sistema de registro del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

Hemos elegido el más simple posible, marcar con una X en la casilla correspondiente. Esto es importante ya que el sistema incluye un número amplio de ítems, y es necesario un modo ágil para registrar las valoraciones del musicoterapeuta, así como para la posterior consulta de los datos, de modo que se facilite la visión global de lo evaluado en cada persona.

Es fácilmente comprensible que la informatización de las tablas de registro mediante un software podrá permitir un mejor y más rápido manejo de los datos obtenidos. Esta posibilidad la dejamos, de momento, para la próxima revisión de la presente edición. No obstante, cualquier usuario del sistema puede emplear el formato del software de texto para obtener una mejor organización de la información.

Bibliografía de referencia

- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mateos Hernández, L. A., Del Moral, M. T., San Romualdo, B. & González Ingelmo, E. (2011). *Elaboration of a Music Therapy Assessment System for people with Alzheimer's Disease (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias)*. In Sabbatella, P. (ed.) (2011). *Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education – Selected Readings & Proceedings of the VIII European Music Therapy Congress, May 5-9, 2010, Cádiz, Spain*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Mercadal-Brotons, M. & Martí, P. (2008). *Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Sabbatella, P. (2011). El Concepto de Evaluación en Musicoterapia: Perspectiva Bibliográfica, Metodológica y de Investigación. En Sabbatella, P. (ed), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Cádiz 8-10 Octubre 2010. Málaga: Grupo Editorial Universitario.
- Sabbatella, P. (2012). La Evaluación de Personas con Discapacidad en Musicoterapia: Orientaciones Teóricas y Metodológicas. En Brotons, M. y Martí, P. (Coord.). *Música, Musicoterapia y Discapacidad*. Barcelona: Editorial Médica JIMMS.
- Zaldívar, F. et al., (1995). *Sistema de Evaluación para personas plurideficientes*. Madrid: CEPE.

PARTE III.

III. ÁREAS DEL DESARROLLO EN EL SISTEMA DE EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER (SEMPA).

Capítulo 7. Musicoterapia orientada al Área Psicomotriz
en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Luis Alberto Mateos Hernández

Capítulo 8: Musicoterapia orientada al Área de Comunicación y Lenguaje
en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Luis Alberto Mateos Hernández

Capítulo 9. F Musicoterapia orientada al Área Perceptivo-Cognitiva
en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

Capítulo 10: Musicoterapia orientada al Área Socio-emocional
en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

María Teresa del Moral Marcos y Luis Alberto Mateos Hernández

Capítulo 7:

7 Musicoterapia orientada al área Psicomotriz en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

Luis Alberto Mateos Hernández

"Todos somos máquinas, y nuestros sentimientos dependen en gran parte de factores corporales" (Voltaire)

7.1 Qué es el desarrollo psicomotriz.

Una de los componentes esenciales del desarrollo psicológico es el desarrollo psicomotriz. Para Piaget la inteligencia humana se asienta sobre la base de las sensaciones y el movimiento, y por eso denomina en su teoría psicogenética del desarrollo cognitivo a la primera etapa del ciclo vital como *etapa sensoriomotora*. Es decir, especialmente en los dos primeros años de la vida el ser humano va adquiriendo esquemas de pensamiento sensoriomotores cada vez más complejos y ricos mediante la actividad corporal.

El concepto de desarrollo psicomotriz está referido no solamente a la aparición progresiva en el tiempo de capacidades motrices, sino más bien a la interacción mutua y dinámica entre los esquemas motrices, cognitivos y afectivos. La energía para la interacción entre estos esquemas surge del deseo de explorar las propias posibilidades personales, de explorar el entorno físico y social más inmediato y también del deseo de satisfacer las necesidades vitales que garantizan la supervivencia, física y psicológica. Sobre esta base del desarrollo psicomotor se asienta en todas las personas su propia imagen corporal, que forma parte de la base de la construcción paulatina de la propia identidad personal.

Realmente la autonomía psicomotora permite al ser humano ya desde niño elegir. Le ofrece libertad para seleccionar objetos, moverse libremente, decidir sobre las relaciones con otras personas ya sean adultos o iguales. Y por tanto, la autonomía psicomotora regala al niño la posibilidad de interactuar activamente con el entorno físico y con los demás para vivenciar experiencias afectivas que le nutren tanto por la información que le proporcionan como por las posibilidades que le ofrecen para encontrar su bienestar personal.

7.2 El área psicomotriz en las personas mayores.

Dado que el desarrollo psicomotriz abarca todo el ciclo vital ya que se asienta en la primera infancia y sirve de base para el desarrollo posterior, es comprensible que las personas mayores necesiten seguir cuidando sus funciones psicomotoras. Más aún si cabe cuando precisamente la merma de capacidades psicomotoras es uno de los síntomas más comunes del envejecimiento. Por ejemplo, es frecuente observar en las personas mayores el enlentecimiento de sus movimientos, la pérdida de reflejos, de equilibrio corporal, de autorregulación sensoriomotriz, de coordinación, de esquema corporal, de motricidad fina y de ejecución de praxias ya consolidadas que, o bien realizan más torpemente o que definitivamente dejar de realizar. Todas estas funciones psicomotoras fueron iniciadas y consolidadas a lo largo del ciclo vital y forman parte de la propia identidad personal de cada individuo. Es por ello fácil de entender que muchas personas mayores presenten dificultades para aceptar esta pérdida progresiva de capacidad, sobre todo si la pérdida es brusca y/o completa. Esto frecuentemente les sucede a algunas personas con Enfermedad de Alzheimer.

Por todo ello, la evaluación del área del desarrollo psicomotriz se hace muy relevante y necesaria, ya que está vinculada a las primeras funciones psicológicas de la vida, que son también funciones básicas de la conducta adaptativa en la vida cotidiana. De ellas dependen en gran medida la percepción de calidad de vida que tienen estas personas sobre sí mismas.

7.3 El área psicomotriz en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

En las personas con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias, la pérdida de capacidades psicomotoras se ve con frecuencia incrementada por las secuelas de la propia enfermedad, y se añaden estas pérdidas a las alteraciones psicomotrices propias del envejecimiento. Quizás las alteraciones que más se suelen encontrar en la clínica de esta enfermedad son las apraxias ideomotoras, las apraxias ideatorias, la pérdida de la capacidad de integración sensorial y de autorregulación sensoriomotriz, desestructuración del esquema corporal, y en ocasiones pérdidas importantes de las funciones vinculadas al equilibrio y dominio del cuerpo.

7.4 La Musicoterapia para el desarrollo del Área Psicomotriz de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

La musicoterapia puede ofrecer a las personas con Enfermedad de Alzheimer una oportunidad de reactivar habilidades psicomotoras de muy diversa índole que pueden estar mermadas o aparentemente desaparecidas. Bailar, compartir instrumentos, cantar, participar de una danza folclórica, etc. pueden ser oportunidades excelentes para activar el cerebro psicomotor de estas personas de una forma normalizada y motivadora.

Ya habíamos señalado en el capítulo dos que existen variados estudios que destacan el papel de la Musicoterapia en relación con la salud física de las personas con Enfermedad de Alzheimer. Existen diversas investigaciones que han detectado correlaciones de mejora en la salud física de las personas con Enfermedad de Alzheimer cuando participan de sesiones de musicoterapia de forma sistemática (Lindenmuth, G., Patel, M., Chang, P., 1992), (Clair A, Tebb S, Bernstein B., 1994), (Ragneskog H, Brane G, Karlsson I, Kihlgren, M., 1996), (Fukui H, Toyoshima K., 2008), (Okada K, Kurita A, Takase B, Otsuka T, Kodani E, Kusama Y, Atarashi H, Mizuno K., 2009). En este sentido, consideramos importante el papel que puede desempeñar la musicoterapia en el enlentecimiento de la Enfermedad de Alzheimer, especialmente en los pacientes que se encuentran en las primeras fases de la enfermedad.

7.5 La evaluación musicoterapéutica del Área Psicomotriz de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Para evaluar el desarrollo psicomotor de las personas con Enfermedad de Alzheimer nos hemos centrado en aquellas habilidades más básicas y necesarias para su vida cotidiana. En la siguiente tabla se aprecia la distribución de subáreas, dimensiones e ítems:

TABLA 7. 5. *Área Psicomotriz del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.*

SUBÁREAS	DIMENSIONES DE LAS SUBÁREAS	Ítems
Coordinación	Equilibrio corporal	8
	Autorregulación Psicomotriz	4
	Coordinación rítmica	4
	Coordinación bilateral	6
Esquema corporal	Localización e identificación de las partes del cuerpo	5
	Relación activa con el espacio	2
Motricidad fina	Integración táctil	2
	Prensión de objetos (agarrar/soltar)	2
	Manipulación de objetos	2
Praxias	Ejecución de praxias ideomotoras	3
	Ejecución de praxias ideatorias	4

7.6 Articulación del área Psicomotriz en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

La configuración de los ítems del Área Psicomotriz del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, articulados en las subáreas y dimensiones de las subáreas (competencias), es la siguiente:

1. COORDINACIÓN

1.1. Equilibrio corporal: Es la capacidad para reajustar la postura corporal cuando el equilibrio de fuerzas entre la ley de gravedad y el propio peso descompensan el centro de gravedad de la persona, con el subsiguiente riesgo de caerse. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.1

Código	Ítems
PSM 1.1.a	Es capaz de mantenerse en equilibrio mientras está sentado.
PSM 1.1.b	Es capaz de mantener el equilibrio al levantarse de la silla.
PSM 1.1.c	Es capaz de mantener el equilibrio al sentarse en la silla.
PSM 1.1.d	Es capaz de mantener el equilibrio tras levantarse de la silla.
PSM 1.1.e	Es capaz de mantener el equilibrio al iniciar la marcha.
PSM 1.1.f	Es capaz de mantener el equilibrio estando en bipedestación de manera estática.
PSM 1.1.g	Es capaz de mantener el equilibrio durante la trayectoria.
PSM 1.1.h	Es capaz de recuperar el equilibrio al desequilibrarse.

1.2. Autorregulación sensoriomotriz: Es la capacidad regular voluntariamente la cantidad y la calidad del propio movimiento en función de estímulos sensoriales externos (visuales y auditivos principalmente), incluyendo también la capacidad de activar y desactivar el propio movimiento corporal en función de dichos estímulos. Nos centramos en ítems audiomotrices pues la autorregulación visomotriz es equivalente a la capacidad de imitación de movimientos no diferida, del apartado CL 4.2. *Lenguaje no verbal*. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.2

Código	Ítems
PSM 1.2.a	Es capaz de aplicar el freno inhibitorio para el control voluntario del movimiento regulando el movimiento activo este mediante la presencia y/o ausencia de sonidos
PSM 1.2.b	Realiza una tarea motriz ya conocida ante una consigna sonora.
PSM 1.2.c	Realiza una tarea motriz nueva ante una consigna sonora.
PSM 1.2.d	Es capaz de relacionar un movimiento con un parámetro del sonido (intensidad, duración, frecuencia, etc.)

1.3. Coordinación rítmica: Es la capacidad para ajustar el propio movimiento corporal a un ritmo musical constante, predecible y ejecutable por la persona con Enfermedad de Alzheimer. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.3

Código	Ítems
PSM 1.3.a	Activa su cuerpo, de la manera que sea, ante estímulos sonoro-musicales que presentan estructura rítmica.
PSM 1.3.b	Es capaz de atender a un sonido y al movimiento mediante el seguimiento del pulso rítmico.
PSM 1.3.c	Marca el pulso rítmico de manera intencional (percusiones corporales y/o ejecución instrumental).
PSM 1.3.d	Adapta su pulso rítmico a las modificaciones rítmicas en proceso.

1.4. Coordinación bilateral: Es la capacidad para ajustar el propio movimiento corporal a tareas que exigen un uso segmentado de los brazos de forma independiente y también interdependiente en relación al eje vertical del propio esquema corporal. a un ritmo musical constante, predecible y ejecutable por la persona con Enfermedad de Alzheimer. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.4

Código	Ítems
PSM 1.4.a	Es capa de juntar las manos y/o los pies en la línea media de su eje corporal
PSM 1.4.b	Es capa de dar palmas
PSM 1.4.c	Es capa de coordinar el movimiento de los pies y piernas cambiando alternativamente el peso de un lado al otro.
PSM 1.4.d	Es capa de levantar ambas manos cuando se le ofrece un instrumentos con intención de agarrarlo de forma segura
PSM 1.4.a	Es capa de juntar las manos y/o los pies en la línea media de su eje corporal
PSM 1.4.e	Es capa de pasar un instrumento musical de una mano a otra
PSM 1.4.f	Es capa de tocar instrumentos en la línea media: una mano sostiene el instrumento y la otra lo manipula

2. ESQUEMA CORPORAL

2.1. Localización e identificación de las partes del cuerpo: Es la capacidad para situarse ante las diferentes partes de su propio cuerpo para poder ejercer sobre ellas un uso activo y funcional. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.5

Código	Ítems
PSM 2.1.a	Localiza e identifica los diferentes planos del cuerpo
PSM 2.1.b	Reconoce de forma visual las partes del cuerpo en posición estática
PSM 2.1.c	Reconoce de forma visual las partes del cuerpo en movimiento
PSM 2.1.d	Es capa de mover las partes del cuerpo que se le pide
PSM 2.1.e	Realiza percusiones corporales con las distintas partes del cuerpo

2.2. Relación activa con el espacio: Es la capacidad para explorar activamente el espacio físico con su cuerpo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.6

Código	Ítems
PSM 2.2.a	Se desplaza por la sala libremente
PSM 2.2.b	En los desplazamientos tiende a ocupar todo el espacio

3. MOTRICIDAD FINA

3.1. Integración táctil: Es la capacidad para incorporar la información táctil al proceso de autorregulación psicomotriz. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.7

Código	Ítems
PSM 3.1.a	Es capa de reaccionar ante un estímulo táctil con movimiento.
PSM 3.1.b	Es capa de explorar los instrumentos musicales con los dedos de las manos.

3.2. Presión de objetos (agarrar/soltar): Es la capacidad regular voluntariamente la presión manual para el manejo funcional de los objetos. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.8

Código	Ítems
PSM 3.2.a	Es capa de agarrar un instrumento que el musicoterapeuta coloca entre sus manos
PSM 3.2.b	Es capa de soltar un instrumento para coger otro

3.3. Manipulación de objetos: Es la capacidad de hacer un uso funcional e intencional de las manos para explorar las cualidades de los objetos. Se pueden manipular de forma más tosca con la presión palmar, o bien empleando los dedos en la exploración. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.9

Código	Ítems
PSM 3.3.a	Es capa de manipular instrumentos con la presión de las manos, agitación, golpeo, etc.
PSM 3.3.b	Es capa de manipular instrumentos empleando predominantemente los dedos.

4. PRAXIAS

Las praxias son movimientos organizados, de menor o mayor dificultad, que se realizan para lograr un objetivo. Existen praxias de distintos tipos, como las *orofaciales* que permiten realizar movimientos voluntarios con la cara, o las *praxias verbales* que permiten coordinar los movimientos de la boca con el lenguaje. Nos vamos a centrar en las praxias más comunes: las *praxias ideomotoras* y las *praxias ideatorias*.

4.1. Ejecución de praxias ideomotoras: Es la capacidad para realizar voluntariamente tareas aprendidas cuando se proporcionan los medios necesarios. Por ejemplo, si se le da una baqueta de xilófono la usa para golpear el instrumento. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.10

Código	Ítems
PSM 4.1.a	Es capaz de tocar instrumentos musicales con intencionalidad de producir sonidos musicales (p.ej. melodías, ritmos, etc.).
PSM 4.1.b	Es capaz de realizar movimientos manuales con precisión, orientados a un objetivo.
PSM 4.1.c	Es capaz de coreografiar con sus movimientos corporales una música no conocida.

4.2. Ejecución de praxias ideatorias: Es la capacidad para realizar tareas complejas aprendidas en el orden apropiado, como ponerse la camisa antes que la chaqueta, o bailar una danza ya aprendida. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 7.6.11

Código	Ítems
PSM 4.2.a	Es capaz de realizar la secuencia gestual de distintos movimientos al tocar instrumentos musicales
PSM 4.2.b	Es capaz de coreografiar con sus movimientos corporales un baile o danza conocida
PSM 4.2.c	Es capaz de imitar la secuencia de gestos motrices al usar un instrumento musical realizados por el/la musicoterapeuta y/o por otro participante de la sesión.
PSM 4.2.d	Es capaz de realizar secuencias de gestos motrices de forma espontánea, orientados a un objetivo (p.ej. bailar, tocar un instrumento musical, coreografiar con sus movimientos corporales una música no conocida, etc.).

Capítulo 8:

8 Musicoterapia orientada al área de Comunicación y Lenguaje en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

Luis Alberto Mateos Hernández

"En los ojos de los jóvenes vemos llamas pero es en los ojos de los mayores donde vemos la luz" (Víctor Hugo).

8.1 Qué es la comunicación y el lenguaje.

Una de las dimensiones más fascinantes del ser humano es la comunicación, tanto con otros seres humanos como consigo mismo. Esta potencialidad entraña una compleja red de mecanismos interrelacionados que propician una multiplicidad de posibilidades de relación, con intercambio tanto de información objetiva como subjetiva. El binomio expresión/comprensión permite que la comunicación y lenguaje propicien un bucle continuo de información que permite a la persona estar mucho más adaptada al contexto social y cultural en el que vive. Al mismo tiempo, todos los procesos de comunicación y lenguaje van configurando paulatinamente todo tipo de cambios en los diferentes contextos sociales y culturales.

La comunicación humana es un proceso dinámico y bidireccional que se puede manifestar de manera verbal y no verbal, y que es insoslayable, pues responde a una necesidad antropológica del ser humano. La comunicación precede al lenguaje, tanto filogenéticamente como ontogenéticamente hablando. La comunicación no verbal, mediante gestos no convencionales, expresiones onomatopéyicas, etc da paso a formas de lenguaje más complejas y más articuladas. El mejor sistema de comunicación humana es, sin duda el lenguaje. Pero no queremos perder de vista el origen no verbal de la comunicación, ya que al trabajar en Musicoterapia estas competencias con personas mayores, especialmente si están afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, es importante valorar cualquier indicio comunicativo que expresen, por muy residual que pueda parecer.

En todo acto comunicativo en el que se transmite información aparecen los siguientes *componentes*: Un código, un canal, un emisor, un receptor, un mensaje y un contexto situacional. Cuando nos referimos al *código* hacemos alusión a un sistema más o menos articulado de signos y reglas combinatorias de dichos signos, que son arbitrarios y cuya organización es previa al acto comunicativo. El *canal* es el medio físico empleado para transmitir la comunicación. El *emisor* es la persona que codifica, es decir, que elige y transmite los signos comunicativos. El *receptor* es el destinatario

del mensaje, que debe interpretar los signos comunicativos. El *mensaje* es el contenido transmitido. Por último, el *contexto situacional* es el conjunto de factores que están presentes y que pueden determinar cualquiera de los componentes del acto comunicativo. A los factores que perturban el proceso comunicativo se los denomina *ruido*, y para ello se emplean abundantes *redundancias* que aportan información suplementaria para aumentar las probabilidades de que no haya pérdida de la información relevante.

El lenguaje, tanto oral como escrito, es el recurso más evolucionado de socialización, conocimiento y comunicación. Puede desempeñar diferentes *funciones comunicativas*:

- La función representativa o referencial, es la base de toda comunicación; define las relaciones entre el mensaje y la idea u objeto al cual se refiere. El hablante transmite al oyente unos conocimientos, le informa de algo objetivamente sin que el hablante deje translucir su reacción subjetiva. Es decir, es cuando se emplea la comunicación verbal para transmitir información solamente.
- La función expresiva o emotiva: es la que permite expresar la percepción subjetiva que el emisor tiene del mensaje, pudiéndose así mostrar sus emociones, sentimientos o posicionamiento ante el mensaje.
- La función apelativa o conativa se usa cuando se pretende provocar una reacción en el receptor del mensaje.
- La función fática se está empleando cuando simplemente queremos dar a entender al receptor que, mientras se comunica, le seguimos escuchando.
- La función estética se usa en la comunicación cuando se pretende activar el sentimiento estético del emisor y del receptor centrándose especialmente en la forma del lenguaje, aunque también en el contenido.
- La función metalingüística se usa para hablar del propio lenguaje.

En cualquier conducta comunicativa, verbal o no verbal, se suelen emplear todos los componentes de la comunicación así como una o varias de las funciones comunicativas descritas.

Todos estos componentes y funciones obligan a comprender la comunicación y el lenguaje como un área del desarrollo compleja, multifactorial y sistémica. Más aún si tenemos en cuenta que está mutuamente relacionada con el resto de áreas del desarrollo: psicomotriz, socio-emocional y perceptivo-cognitiva. Por ejemplo, es conocida la estrecha relación existente entre lenguaje y pensamiento, que es de mutua retroalimentación: de la idea a la palabra y de la palabra a la idea (Chomsky, 1985). E incluso una persona puede emplear su propio pensamiento como una herramienta para comunicarse consigo mismo, es decir, como comunicación intrapersonal. Cualquier alteración en cualquiera de los competencias de la comunicación, el lenguaje o el pensamiento repercutirán probablemente en las otras competencias.

8.2 *El área de comunicación y lenguaje en las personas mayores.*

En las personas mayores la comunicación y el lenguaje forma parte de su identidad, pues ha estado presente a lo largo de toda su vida: en todas sus relaciones sociales y afectivas para la expresión emocional, para el intercambio de información, como una herramienta para la creatividad, para la toma de decisiones, para la resolución de problemas, para empatizar con otras personas, para desarrollar una vida laboral satisfactoria, etc. Y no solamente sigue estando presente en sus vidas cotidianas sino que sigue siendo una herramienta de acceso y comunicación con el entorno cotidiano que les rodea.

No obstante, el envejecimiento en las personas mayores frecuentemente suele acarrearles progresivas dificultades, sobre todo en las funciones auditivas, lo que les lleva a experimentar problemas en la comprensión oral. Además, con frecuencia también experimentan dificultades en el acceso al vocabulario que ya tenían adquirido, así como en la construcción verbal de frases y en la organización de lo que quieren expresar. Según Juncos (1998) esto no es debido a déficits del lenguaje sino más bien al deterioro de la memoria operativa, que limita la ejecución de los procesos cognitivos en general. El deterioro en la comunicación y el lenguaje se produce a la par que el envejecimiento cognitivo, el cual supone una pérdida progresiva de capacidad ejecutiva en los diferentes procesos mentales, aunque en principio no en los conocimientos.

Socialmente el deterioro en el envejecimiento es un hecho muy conocido, está muy normalizado y aceptado, aunque no por ello resulte agradable a quien lo experimenta ni a los que le rodean. Cuando a este hecho se le suman posibles alteraciones funcionales de la comunicación y el lenguaje debidas a alteraciones neurológicas como sucede, por ejemplo en la demencia tipo Alzheimer, estas vivencias desagradables probablemente se incrementen de forma muy significativa. Cuando en esta enfermedad se inicia un proceso degenerativo que altera procesos psicológicos básicos como la atención y la memoria, y en consecuencia, la comunicación y el lenguaje, la identidad de la persona se daña e inicia un proceso complejo y de difícil reajuste a la nueva situación.

8.2.1 Importancia de la evaluación del área de comunicación y lenguaje.

El área de comunicación y lenguaje es especialmente importante para una buena evaluación de las competencias y limitaciones de las personas mayores debido a que es un área muy sensible al deterioro producido por el envejecimiento. Por otra parte, resulta más fácil obtener datos objetivos y significativos de esta área que de otras, como por ejemplo, la socio-emocional. Además, la comunicación y el lenguaje de las personas mayores son, al tiempo, una fuente abundante de información del estado en el que se encuentran, y pueden participar activamente en el proceso de evaluación, aportando explicaciones de lo que entienden y de lo que expresan.

8.2.2 Características de la comunicación y el lenguaje en el envejecimiento.

La comunicación y el lenguaje suele experimentar con frecuencia en las personas mayores determinados cambios que no necesariamente les generan problemas. Ciertas limitaciones funcionales y ligeramente progresivas en las competencias comunicativas y lingüísticas en el envejecimiento son relativamente normales y, cuando éstas se dan, suele ser más fácilmente asumidas porque son atribuidas a las características normales de una avanzada edad.

Entre las características más importantes de la comunicación y el lenguaje en el envejecimiento destacamos:

- *Dificultades en la autorregulación comunicativa*: Existen múltiples factores que se ven involucrados en la comunicación exitosa entre las personas, y cuando estos factores se van alterando en al menos una persona, la comunicación va perdiendo su funcionalidad. En este sentido, coincidimos con Juncos-Rabadán (2006) cuando afirman que:

“los problemas de atención, memoria operativa y control inhibitorio tienen consecuencias sobre la eficacia de la comunicación, especialmente en cuanto a la atención compartida y la relevancia. La comunicación sólo es eficaz si ambos interlocutores se prestan atención el uno al otro y su atención se focaliza y cambia sobre los mismos contenidos. La comunicación también exige que lo que un interlocutor diga o haga sea relevante para el otro en un contexto determinado. Para ello, los comunicantes, en su interacción o conversación, tienen que seleccionar aquellas expresiones y contenidos que sean relevantes. Las alteraciones de la memoria operativa y del control inhibitorio afectan especialmente a la organización del discurso, dando lugar a interferencias de la información no relevante que dificultan la comprensión y hacen perder el hilo conductor de una conversación o de una narración” (Juncos-Rabadán y cols., 2006: 4-5).

- *Dificultades en la denominación léxica*: aunque el léxico de las personas mayores suele estar estable e incluso sigue enriqueciéndose, pueden existir dificultades en la denominación, tales como:
 - Evocación de vocablos a partir de un criterio o categoría,
 - Denominación simple de objetos, acciones o personas
 - Denominación de objetos, acciones o personas a partir de descripciones o definiciones que activan la ruta semántica.

- *Dificultades en la comprensión y uso de frases complejas*: este hecho limita tanto la comprensión de lo que se les explica como la elaboración de su propio discurso para expresar lo que quieren, lo cual supone un entorpecimiento frecuente, a veces continuo, de la comunicación con las personas que le rodean, y aumenta la tendencia al aislamiento (máxime si co-existen pérdidas auditivas importantes).
- *Dificultades en la función representativa o referencial*: con frecuencia, se produce también la tendencia a la subjetivación del discurso, perdiendo su estructura, orden y rigor informativo, y apareciendo frecuentes “hipervínculos” en el mapa conceptual del discurso que dificultan su comprensión, añadiendo dificultades para continuar con su propio hilo argumental.
- *Posibilidad de mejora en las competencias comunicativo-lingüísticas*: todas las dificultades descritas, y otras, pueden verse atenuadas o no manifestarse cuando el nivel competencial comunicativo-lingüístico de la persona mayor es alto, no co-existe con enfermedades neurodegenerativas, y el entorno en el que se encuentra es emocionalmente positivo y motivador.

8.3 El área de comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Es importante considerar que en el caso de las personas mayores con Enfermedad de Alzheimer, las dificultades de su enfermedad son un añadido a las propias del envejecimiento, con lo que suelen acentuarse e incrementarse de forma progresiva.

8.3.1 Alteraciones más frecuentes en la comunicación y lenguaje en personas con Enfermedad de Alzheimer.

Las primeras alteraciones del lenguaje, que se suelen detectar en la Enfermedad de Alzheimer junto a la pérdida progresiva de la memoria y de las habilidades de orientación visoespacial, son los componentes semánticos del lenguaje. A su vez, la pérdida significativa de lenguaje expresivo en las personas con Enfermedad de Alzheimer suele provocarles sentimientos desagradables, y por extensión, también a sus

cuidadores. Y se puede deteriorar tanto la expresión no verbal como la verbal, como ambas. Por ello, es importante que quienes conviven con estas personas aprendan habilidades comunicativas y socio-emocionales para establecer nuevas formas de comunicación, más adecuadas a la nueva situación.

En la vida cotidiana se pueden apreciar estos síntomas en que estas personas, al tener dificultad para encontrar las palabras, hablan de forma imprecisa, empleando palabras “comodín” y circunloquios, y con sustituciones de unas palabras por otras.

8.3.2 Deterioro lingüístico en función de los estadios de la enfermedad.

Podemos organizar los síntomas del deterioro lingüístico según las fases evolutivas de la enfermedad, y puede ser útil para comprender el momento en que se encuentra una persona con Enfermedad de Alzheimer desde sus síntomas en esta área del lenguaje:

3.2.1. Fase Leve GDS/3-4. El deterioro es poco perceptible en esta fase, comenzando a producirse las primeras dificultades de acceso al recuerdo, por ejemplo de palabras –anomia- .

3.2.2. Fase Moderada GDS/4-5. Esta fase se caracteriza por que a lo anterior se le añade el empobrecimiento progresivo del lenguaje espontáneo, lo cual va limitando cada vez más la comunicación interpersonal.

3.2.3. Fase Avanzada GDS/6-7. Ya en esta fase se produce un deterioro generalizado de todas las capacidades lingüísticas expresivas y comprensivas, siendo habitual la afasia global, la desaparición de la comunicación verbal y el mutismo.

8.4 La Musicoterapia para el desarrollo del área de comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

La Musicoterapia encuentra múltiples posibilidades de trabajo en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en cualquier persona que participe en un programa orientado hacia esta área.

Entre los beneficios más frecuentes que aporta la musicoterapia a la comunicación y lenguaje de las personas con Enfermedad de Alzheimer están los siguientes:

- Aumento de la intencionalidad comunicativa y recuperación de formatos comunicativos (Smith-Marchese, K. (1994), (Clair, A. Ebberts, A., 1997).
- Aprendizaje y recuerdo de nuevas palabras (Prickett y Moore, 1991).
- Mejora del contenido y de la fluencia del lenguaje (Brotons y Koger, 2000).
- Mejora de la autorregulación comunicativa
- Disminución de las interrupciones verbales (1994).
- Etc.

8.5 La evaluación musicoterapéutica del área de comunicación y lenguaje.

8.5.1 La evaluación tradicional de la comunicación y lenguaje en las personas con Enfermedad de Alzheimer:

Tradicionalmente la Enfermedad de Alzheimer ha sido explorada con diferentes tipos de escalas e instrumentos neuropsicológicos, tales como el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1975), que en su apartado de lenguaje propone la evaluación de la repetición, la denominación, la comprensión, la copia la lectura y la escritura. Con frecuencia se le aplican a las personas con Enfermedad de Alzheimer pruebas de fluidez verbal, de competencia fonológica, semántica, morfosintáctica, etc.

8.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

La constatación de la escasez de sistemas de evaluación específicos para musicoterapeutas que trabajan con personas con Enfermedad de Alzheimer nos ha llevado a la elaboración del "Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas

con Enfermedad de Alzheimer" (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias). El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se ha construido a partir de un estudio descriptivo/observacional de las sesiones de musicoterapia. Dicho sistema está orientado a la mejora de la práctica profesional de los musicoterapeutas. Permite obtener una mejor sistematización de la información obtenida en las sesiones de musicoterapia mediante la jerarquización de las competencias prioritarias en función de las áreas adaptativas y su concreción en ítems de evaluación.

8.5.3 El área de comunicación y lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

El área de comunicación y lenguaje ha sido incluida por algunos autores como una parte del área cognitiva. No obstante, dada la relevancia que tiene en el desarrollo de las personas con Enfermedad de Alzheimer, en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias hemos considerado más oportuno otorgarle un tratamiento aparte.

8.5.4 Articulación del área de comunicación y lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

En el área de comunicación y lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias se articula el desarrollo mediante un criterio jerárquico de más amplio a más concreto. Es decir, dentro del área se incluyen cuatro subáreas con sus correspondientes dimensiones. Cada dimensión contiene sus ítems específicos. La estructura del área queda reflejada en la siguiente tabla:

TABLA 8.5.4. *Área de Comunicación y Lenguaje del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.*

SUBÁREAS	DIMENSIONES DE LAS SUBÁREAS	Items
Funciones básicas de la comunicación	Intencionalidad comunicativa	2
	Atención a la comunicación	1
	Percepción auditiva orientada a la comunicación	2
	Procesos cognitivos orientados a la comunicación	4
	Motricidad de la comunicación	1
	Vigilancia comunicativa	2
Empleo de la comunicación	Funciones comunicativas	9
	Medios comunicativos	5
	Formatos de interacción	5
Componentes del lenguaje verbal	Fonológico/prosódico	5
	Léxico	2
	Morfológico	3
	Sintáctico	2
	Pragmática de la comunicación	1
	Discurso	1
Lenguaje	Categorización (conceptos)	2
	Lenguaje no verbal	18
	Denominación	7
	Lenguaje espontáneo	6
	Comprensión	2
	Lectura	2
	Escritura.	2

8.5.5 Ítems del área de Comunicación y Lenguaje en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

La configuración de los ítems del Área de Comunicación y Lenguaje del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, articulados en las subáreas y dimensiones de las subáreas (competencias), es la siguiente:

1. FUNCIONES BÁSICAS DE LA COMUNICACIÓN

1.1. Intencionalidad comunicativa: Es la capacidad de comprender que puede ser comprendido por otros y que con ello puede obtener objetos que satisfagan sus necesidades, o regular la conducta de otros, interaccionar, expresarse personalmente o explorar el entorno físico y/o social. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.1.

Código	Ítem
CL 1.1.a	Es capaz de emitir sonidos vocálicos en un contexto comunicativo con el/la musicoterapeuta.
CL 1.1.b	Es capaz de expresarse, mediante producciones simples, ya sean sonoras, corporales, preverbales o verbales.
CL 1.1.c	Es capaz de <i>comunicarse</i> mediante producciones simples, ya sean sonoras, corporales, preverbales o verbales.
CL 1.1.d	Intenta comprender los mensajes comunicativos de otras personas

1.2. Atención a la comunicación: Es la capacidad de atender a señales comunicativas de otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.2

Código	Ítem
CL 1.2.a	Dirige voluntariamente la atención hacia estímulos comunicativamente significativos del musicoterapeuta
CL 1.2.b	Dirige voluntariamente la atención hacia estímulos comunicativamente significativos de los participantes de la sesión

1.3. Percepción comunicativa: Es la capacidad de asociar la percepción a la intencionalidad comunicativa. Nos centramos en ítems de percepción auditiva, aunque se pueden considerar otros indicadores perceptivos de otras modalidades sensoriales diferentes. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.3

Código	Ítem
CL 1.3.a	Asocia sonidos (onomatopéyicos y/o musicales) a sus referentes intencionales comunicativos.
CL 1.3.b	Distingue la voz de una persona por su timbre (discriminación auditiva)
CL 1.3.c	Mantiene la comunicación auditiva con una persona aunque haya ruido, u otras personas hablando cerca (figura-fondo auditivo)

1.4. Procesos cognitivos orientados a la comunicación: Es la capacidad de asociar a la intencionalidad comunicativa procesos cognitivos diferentes a la percepción. Nos centramos en ítems de representación y simbolización mental que son básicos para el funcionamiento en la vida cotidiana de una persona con Enfermedad de Alzheimer. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.4

Código	Ítem
CL 1.4.a	Recuerda y emplea diferentes categorías conceptuales como mensajes comunicativos
CL 1.4.b	Relaciona un símbolo con el contexto en el que suele expresarse (función simbólica)
CL 1.4.c	Realiza circunloquios para hacerse entender cuando experimenta dificultades en la denominación de palabras.

1.5. Motricidad de la comunicación: Es la capacidad de emplear el cuerpo con fines comunicativos. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.5

Código	Ítem
CL 1.5.a	Se expresa con sonidos onomatopéyicos para comunicarse
CL 1.5.b	Se expresa corporalmente para comunicarse
CL 1.5.c	Tiene capacidad para realizar los patrones práxicos propios de cada unidad del habla (fonemas, secuenciación de enunciados, etc.)

1.6. Vigilancia comunicativa: Es la capacidad de mantener atención a las propias capacidades comunicativas y a las producciones propias, para poder regularlas en el propio proceso de interacción comunicativa. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.6

Código	Ítem
CL 1.6.a	Ejerce control y seguimiento (atencional e implícito) de la adaptación y corrección de las propias producciones según criterio propio y las reacciones sociales derivadas.
CL 1.6.b	Usa metahabilidades para la regulación de los procesos comunicativos.

2. EMPLEO DE LA COMUNICACIÓN

2.1 Empleo de funciones comunicativas: Se refiere a la capacidad de orientar la comunicación hacia diferentes usos funcionales. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.7

Código	Ítem
CL 2.1.a	Expresa peticiones
CL 2.1.b	Expresa Rechazo/Negación/oposición al adulto o tarea
CL 2.1.c	Da información que se necesita en el contexto
CL 2.1.d	Demanda información
CL 2.1.e	Emplea la función fática o de contacto comunicativo
CL 2.1.f	Narra o describe vivencias presentes incluyendo sentimientos y/o emociones propios (auto-actualización)
CL 2.1.g	Narra o describe vivencias del pasado como medio de evocación emocional
CL 2.1.h	Narra o describe vivencias del pasado como medio de estimulación de la memoria y de la propia identidad
CL 2.1.i	Expresa sentimientos y/o emociones de otras personas (conducta empática)

2.2. Empleo de formatos de interacción: Se refiere a la capacidad de elegir una forma de comunicarse con los otros lo más evolucionada posible. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.8

Código	Ítem
CL 2.2.a	Mantiene el contacto ocular y/o auditivo como medio de contacto comunicativo con otra persona
CL 2.2.b	Mantiene la atención compartida con otra persona
CL 2.2.c	Mantiene el juego de turnos con una persona
CL 2.2.d	Mantiene el juego de turnos con varias personas
CL 2.2.e	Es capaz de regular la interacción social en función de los indicadores comunicativos del contexto interpersonal

2.3. Empleo de medios comunicativos: Se refiere al modo como se manifiesta la comunicación en diferentes usos funcionales. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.9

Código	Ítem
CL 2.3.a	Se expresa de forma corporal no convencional
CL 2.3.b	Se expresa mediante gestos corporales con significado compartido
CL 2.3.c	Se expresa mediante signos manuales y/o gráficos
CL 2.3.d	Se expresa oralmente
CL 2.3.e	Se expresa con diferentes medios comunicativos indistintamente

3. COMPONENTES DEL LENGUAJE VERBAL

3.1. Empleo fonológico/prosódico: Es la capacidad de usar intencionalmente los fonemas y la prosodia al hablar para hacerse entender. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.10

Código	Ítem
CL 3.1.a	Pronuncia con la duración segmental adecuada para hacerse entender
CL 3.1.b	Pronuncia con la intensidad segmental adecuada para hacerse entender
CL 3.1.c	Realiza pausas adecuadamente al hablar
CL 3.1.d	Realiza movimientos melódicos al hablar
CL 3.1.e	Emplea diferentes tipos de oración (simple, subordinada, etc.)

3.2. Empleo de léxico: Es la capacidad de usar intencionalmente el vocabulario al hablar para hacerse entender. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.11

Código	Ítem
CL 3.2.a	Emplea un léxico adecuado
CL 3.2.b	Emplea un léxico abundante, rico

3.3. Uso Morfológico del lenguaje: Es la capacidad de emplear las reglas del lenguaje al hablar para hacerse entender. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.12

Código	Ítem
CL 3.3.a	Generaliza reglas para la pragmática
CL 3.3.b	Generaliza reglas fonológicas
CL 3.3.c	Generaliza reglas sintácticas al construir palabras

3.4. Uso sintáctico del lenguaje: Es la capacidad de construir frases adecuadamente hablar para hacerse entender. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.13

Código	Ítem
CL 3.4.a	Construye con coherencia sintagmas sencillos
CL 3.4.b	Construye con coherencia frases sencillas
CL 3.4.c	Construye con coherencia frases compuestas (con coordinadas y/o subordinadas)

3.5. Uso de la pragmática en la comunicación: Es la capacidad de buscar estrategias para comprender la comunicación cuando no se entiende esta. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.14

Código	Ítem
CL 3.5.a	Sabe tener retroalimentación positiva (busca un nuevo modo de comprensión del mensaje comunicativo cuando no lo entiende)
CL 3.5.b	Sabe tener retroalimentación negativa (se mantiene en el mismo patrón comunicativo pero busca un nuevo modo de comprensión del mensaje comunicativo cuando no lo entiende).

3.6. Uso del discurso: Es la capacidad de buscar estrategias para comprender la comunicación cuando no entiende esta. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.15

Código	Ítem
CL 3.6.a	Es capaz de adecuar su discurso al contexto comunicativo en el que lo emite.
CL 3.6.b	Se hace entender con su discurso, aunque de manera no fluida, descartando la falta de fluidez por problemas articulatorios o afásicos.
CL 3.6.c	Establece con naturalidad un discurso coherente con buena cohesión narrativa, empleando diferentes tipos de recursos para ello: pronombres, enlaces, perífrasis, elipsis, etc.

4. LENGUAJE

4.1. Categorización: Es la capacidad de organizar objetos y/o conceptos por categorías cuando dichos objetos o conceptos no están presentes. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.16

Código	Ítem
CL 4.1.a	Clasifica, empareja e identifica objetos y conceptos en base a una categoría común o diferente cuando dichos objetos o conceptos no están presentes.
CL 4.1.b	Clasifica, empareja e identifica objetos y conceptos en base a dos o más categorías comunes o diferentes cuando dichos objetos o conceptos no están presentes.

4.2. Lenguaje no verbal: Es la capacidad de comunicarse de forma no verbal. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.17

Código	Ítem
	ATENDER AL LENGUAJE NO VERBAL
CL 4.2.a	Atiende a estímulos visuales.
CL 4.2.b	Atiende a sonidos (por ejemplo, onomatopeyas, ritmos, etc.)
CL 4.2.c	Atiende al habla de otras personas.
	IMITAR SONIDOS
CL 4.2.d	Imita sonidos no verbales (por ejemplo, ritmos, etc.)
CL 4.2.e	Imita sonidos verbales no semánticos (por ejemplo, onomatopeyas, etc.)
	RESPONDER A GESTOS
CL 4.2.f	Muestra interés por un gesto o acción.
CL 4.2.g	Cuando se hace un gesto responde de alguna forma
CL 4.2.h	Responde de forma creativa a un gesto dado.
	UTILIZAR GESTOS
CL 4.2.i	Utiliza gestos para dar a conocer sus deseos.
CL 4.2.j	Señala el objeto que desea
CL 4.2.k	Utiliza gestos aprendidos de manera adecuada al contexto en el que está.
CL 4.2.l	Expresa diferentes emociones mediante expresiones faciales.
CL 4.2.m	Expresa con gestos una idea que se le indica.
	IMITAR MOVIMIENTOS
CL 4.2.n	Imita movimientos amplios del cuerpo.
CL 4.2.ñ	Imita movimientos de los miembros.
CL 4.2.o	Imita movimientos finos de las de las manos y dedos.
CL 4.2.p	Imita movimientos finos de las manos y dedos con objetos.
CL 4.2.q	Imita movimientos de los órganos articulatorios.

4.3. Denominación: Es la capacidad de llamar a los objetos y personas por su nombre.

Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.18

Código	Ítem
CL 4.3.a	Canta las letras de las canciones mientras las escucha
CL 4.3.b	Canta la letra de la canción de bienvenida.
CL 4.3.c	Dice el nombre de los compañeros.
CL 4.3.d	Es capaz de nombrar espontáneamente (instrumentos musicales, partes del cuerpo, etc.) ante un estímulo visual (denominación visuo-verbal espontánea)
CL 4.3.e	Es capaz de nombrar a petición (instrumentos musicales, partes del cuerpo, etc) ante un estímulo visual (denominación visuo-verbal a petición).
CL 4.3.f	Es capaz de completar con una palabra una frase. (denominación verbo-verbal)
CL 4.3.g	Conoce el nombre de los miembros del grupo
CL 4.3.h	Conoce el nombre del musicoterapeuta.

4.4. Lenguaje espontáneo: Es la capacidad de hablar de manera funcional por propia iniciativa. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.19

Código	Ítem
CL 4.4.a	Es capaz de conversar sobre un tema concreto
CL 4.4.b	Habla sobre sus acciones.
CL 4.4.c	Relata experiencias pasadas.
CL 4.4.d	Describe un dibujo, una escena o una canción.
CL 4.4.e	Explica y expresa opiniones sobre una canción elegida.
CL 4.4.f	Verbaliza espontáneamente cuando interactúa con los compañeros.

4.5. Comprensión: Es la capacidad de entender el lenguaje verbal de otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.20

Código	Ítem
CL 4.5.a	Comprende la consigna dada por el musicoterapeuta.
CL 4.5.b	Comprende la letra de las canciones.
CL 4.5.c	Comprende las conversaciones de otras personas.

5. LECTURA

5.1. Reconocimiento de códigos escritos: Es la capacidad de identificar códigos convencionales mediante su lectura. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.21

Código	Ítem
CL 5.1.a	Identifica algunas letras
CL 5.1.b	Identifica todas las letras minúsculas
CL 5.1.c	Identifica todas las letras mayúsculas

5.2. Lectura mecánica: Es la capacidad de decodificar palabras y frases de un texto dado. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.22

Código	Ítem
CL 5.2.a	Es capaz de leer palabras
CL 5.2.b	Es capaz de leer frases completas
CL 5.2.c	Es capaz de leer cualquier texto con fluidez

5.3. Lectura comprensiva: Es la capacidad de decodificar palabras y frases de un texto dado de forma comprensiva. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.23

Código	Ítem
CL 5.3.a	Es capaz de leer comprensivamente palabras
CL 5.3.b	Es capaz de leer comprensivamente frases completas
CL 5.3.c	Es capaz de leer comprensivamente cualquier texto

6. ESCRITURA

6.1. Realización de códigos escritos: Es la capacidad de escribir los códigos convencionales básicos (las letras). Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.24

Código	Ítem
CL 6.1.a	Realiza algunas letras
CL 6.1.b	Realiza todas las letras minúsculas
CL 6.1.c	Realiza todas las letras mayúsculas

6.2. Escritura mecánica: Es la capacidad de escribir palabras y frases de un texto dado. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.25

Código	Ítem
CL 6.2.a	Es capaz de escribir palabras al dictado y/o en copia.
CL 6.2.b	Es capaz de escribir frases completas al dictado y/o en copia.
CL 6.2.c	Es capaz de escribir con fluidez al dictado y/o en copia.

6.3. Escritura comprensiva: Es la capacidad de escribir palabras y frases de un texto dado entendiendo lo que va escribiendo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 8.5.5.26

Código	Ítem
CL 6.3.a	Es capaz de escribir comprensivamente palabras
CL 6.3.b	Es capaz de escribir comprensivamente frases completas
CL 6.3.c	Es capaz de escribir comprensivamente cualquier idea que quiera plasmar por escrito.

Bibliografía de referencia.

- Aldridge, D. (2000). *Music therapy: Performances and narratives*. Retrieved November 1, 2000, from [Music Therapy World](#)
- Ansdell, G. (2003). The stories we tell. Some meta-theoretical reflections on music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(2), 152-159.
- Baker, F., & Wigram, T. (Eds.). (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brotons, M. y Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy* 37 (3), 183-195.
- Chomsky, (1989[1985]). *El conocimiento del lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Clair, A. Ebberts, A., (1997). The effects of music therapy on interactions between family caregivers and their care receivers with late stage dementia. *Journal of Music Therapy* 34, 148-164.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fort, I. (ed) (2007). *Atención a la demencia. Visión integradora de la geriatría*. Barcelona: Nexus Médica.
- Horcas Villarreal, J.M.: *Lenguaje y comunicación*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, marzo 2009, [Lenguaje y Comunicación](#)
- [Informe 67 del Portal de mayores. XI. Comunicación y lenguaje en la vejez](#)
- Juncos-Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento: bases para la intervención*. Barcelona: Masson.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X. Facal, D. (). “Comunicación y lenguaje en la veje ”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 67. Lecciones de Gerontología, XI [Fecha de publicación: 13/11/2006].

- Malloch, Stephen & Trevarthen, Colwyn (Eds.) (2009). *Communicative Musicality. Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford: Oxford University Press.
- Mateos Hernández, L. A. (2001). El empleo de los instrumentos musicales en la evaluación de la comunicación pre-verbal en el alumnado con graves trastornos del desarrollo: una propuesta de evaluación-intervención. *Revista Eufonia*, 22, 77-89.
- Mateos Hernández, L. A. (2009). *Musicoterapia y Alzheimer. Guía de Implantación*. Salamanca: Centro de Referencia Estatal de Alzheimer del Imsero.
- Mercadal-Brotons, M. & Martí, P. (2008). *Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Nolan, P. (2005). Verbal processing within the music therapy relationship. *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 18-28.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF»*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Peña-Casanova, J., Gramunt, N. & Gich, J., (2006). *Test Neuropsicológicos*. Barcelona: Masson.
- Pereiro, A. X. y Juncos, O. (2000). Deterioro atencional en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(5), 283-289.
- Prickett, C. y Moore, R. (1991). The use of music to aid memory of Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy* 28 (2), 101-110.
- Robb, S. L. (1999). Piaget, Erikson, and coping styles: Implications for music therapy and the hospitalized preschool child. *Music Therapy Perspectives*, 17(1), 14-19.
- Rogers, C. R. (2001 [1957]). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Smeijsters, H. (2005). Quantitative single case designs. In: B. Wheeler (ed.). *Music therapy research. Quantitative and qualitative perspectives*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. (2006) Research in practice. *Music Therapy Today* (Online 22nd December) Vol.VII (4) 781-838.

- Smith-Marchese, K. (1994). The effects of participatory music on the reality orientation and sociability of Alzheimer's residents in a long-term care setting. *Activities, Adaptation and Aging, 1*.
- Wheeler, B. (Ed.). (2005). *Music Therapy Research* (2nd ed.). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy - Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Wosch, T. & Wigram, T. (2007). *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Capítulo 9:

9 Musicoterapia orientada al área Perceptivo-Cognitiva en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

Luis Alberto Mateos Hernández y Beatriz San Romualdo Corral

"Viéndolo bien, no somos tan viejos,
lo que pasa es que tenemos muchas juventudes acumuladas" (Francisco Arámburo).

9.1 Qué es el Área Perceptivo-Cognitiva.

La actividad cognitiva es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes funciones psicológicas tales como la percepción, la orientación, la atención/concentración, la memoria a corto y a largo plazo, la comunicación, el lenguaje, la resolución de problemas, etc. El área perceptivo-cognitiva engloba todos estos procesos mentales centrados en gestionar la información externa e interna para adaptarse a las nuevas situaciones y poder afrontar los retos que va ofreciendo la vida cotidiana.

Los procesos psicológicos no funcionan aisladamente, sino que hay una interrelación e interdependencia permanente entre todos ellos. No obstante, por motivos metodológicos, históricamente se ha estudiado el área perceptivo-cognitiva como un conjunto de funciones psicológicas independientes.

9.2 El Área Perceptivo-Cognitiva en las personas mayores.

9.2.1 Importancia de la evaluación del área perceptivo-cognitiva.

El objetivo de evaluar este área es fundamental para identificar la presencia de un deterioro cognitivo que pueda afectar a la capacidad de autonomía de la persona mayor y establecer estrategias lo más precozmente posible.

Diferentes trastornos asociados a la edad como la hipoacusia, falta de colaboración, falta de motivación, pérdida de agudeza visual de algunos pacientes pueden contribuir a la dificultad para la evaluación del área cognitiva.

Según Pérez Serrano (2006) se dispone de dos niveles de evaluación cognitiva según sea su extensión y dificultad: evaluación breve o cribado cognitivo y evaluación extensa o completa. La evaluación breve determina únicamente la existencia o no de un déficit cognitivo en el paciente, su tiempo de administración es aproximadamente de

unos 10-15 minutos y consta de diez preguntas donde se evalúa la orientación, memoria y cálculo sencillo. De entre éstos sistemas de cribado cognitivo podemos destacar: *Test Mental Abreviado* de Hodkinson (1972), el *Cuestionario del Estado Mental* (MSQ) de Kahn (1960), el *Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental* (SPMSQ) de Pfeiffer (1975) y el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein.

9.2.2 Características de la percepción y la cognición en el envejecimiento.

Las funciones cognitivas permiten recibir la información del entorno, procesarla, memorizarla y disponer de ella para su utilización posterior. Las funciones principales son la percepción, atención/concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio. Estas funciones son esenciales para el mantenimiento de la autonomía.

El análisis y evaluación del funcionamiento cognitivo en las personas mayores es de gran relevancia ya que permite establecer si un déficit en éste área es producto de un declive normal asociado a la edad o se trata de un deterioro patológico.

Por *deterioro cognitivo* entendemos la disminución del rendimiento de las capacidades cognitivas (Bermejo y Del Ser, 1993). Cuando éste deterioro persiste en varias funciones mentales y provoca alteraciones funcionales se puede usar el calificativo diagnóstico de demencia (OMS, 1996), denominación que no trata de una enfermedad concreta sino de un síndrome definido por el deterioro cognitivo.

La prevalencia de la demencia en mayores de 65 años se encuentra entre un 2,5 y un 16%. En el caso de estudios españoles la prevalencia se sitúa entre un 5,2 y un 16,3 %. (Fernández-Ballesteros y Díez, 2002).

A continuación vamos a realizar una breve descripción de cómo se pueden encontrar alteradas algunas capacidades cognitivas durante la etapa del envejecimiento:

- En personas mayores es muy común encontrar déficits en la orientación temporal y espacial. La orientación requiere una consciente integración entre la atención, la percepción y la memoria, que no siempre funciona adecuadamente en estas edades.

- Los componentes de la atención pueden estar afectados por el envejecimiento de diferentes formas, aunque de manera generalizada podemos encontrar cambios significativos en la habilidad y velocidad de cambiar de foco atencional, así como en el mantenimiento de la misma.
- Según Yanguas Lezaun (2006) existen dos tipos de conceptualizaciones o teorías básicas sobre las diferencias debidas a la edad en la memoria:
 - a) La primera asume que hay diferencias debidas a la edad en la eficiencia de procesamiento.
 - b) La segunda asume que hay diferencias debidas a la edad específicas de las variadas estructuras o sistemas de memoria. Los tipos de memoria que son más vulnerables con la edad son: la memoria sensorial, memoria operativa, memoria episódica, memoria semántica, memoria de reconocimiento, memoria para el recuerdo de material no-verbal y memoria prospectiva.
- Funciones ejecutivas y razonamiento: en éste campo encontramos la capacidad de una persona para identificar conceptos y reglas, para razonar lógicamente y de forma abstracta y para aplicar habilidades de razonamiento en la solución de una tarea hipotética o real. La mayoría de estas tareas decrecen notablemente con la edad. (Junqué y Jurado, 1994). Las personas mayores generalmente tienen más dificultad con la resolución de problemas lógicos, aunque la ejecución puede ser modificada por la práctica y el entrenamiento. (La Rue, 1992)

Según Coria, F (2006), la relación entre los cambios estructurales del cerebro y la capacidad cognitiva en la vejez se ha estudiado mediante la neuroimagen funcional. Las observaciones realizadas hasta el momento Reuter-Lorenz (2000) las resume en tres puntos:

- Las personas mayores tienden a realizar las tareas cognitivas de forma distinta a como lo hacen los individuos jóvenes, incluso cuando el nivel de ejecución es similar en ambos grupos.

- Los individuos ancianos emplean más áreas cerebrales para realizar la misma tarea cognitiva que los individuos jóvenes. Las personas mayores que realizan tareas cognitivas relacionadas con procesos mnésicos y capacidades ejecutivas utilizan áreas cerebrales más extensas que los individuos más jóvenes.
- Las personas mayores utilizan áreas cerebrales de ambos hemisferios para realizar tareas exclusivamente de un hemisferio. Durante el envejecimiento tiende a desaparecer la lateralización de las funciones cerebrales, uno de los rasgos más característicos de la organización funcional del sistema nervioso.

Cuando se produce una alteración de una o varias funciones o grupos funcionales intelectuales sin que llegue a distorsionar de manera importante o notable la capacidad de relación social, familiar, laboral o las actividades de la vida diaria, hablaremos de *deterioro cognitivo leve*. Los síndromes cognitivos más graves suelen manifestarse por la alteración de varias funciones cognitivas e interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria y se denomina *demencia*. La diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia, por tanto, es el grado de alteración de las funciones intelectuales y de las repercusiones de la conducta de la persona en su vida social y laboral y en sus actividades diarias.

A modo de síntesis, los cambios cognitivos más habituales que experimenta la población mayor hacen referencia a la sensación de que no pueden recordar cosas y hechos con la misma eficacia y rapidez que en años anteriores, dificultad para concentrarse, enlentecimiento del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y dificultades para la resolución de problemas y la toma de decisiones. El término “deterioro cognitivo leve” hace referencia a una afectación cognitiva de baja intensidad ligado al envejecimiento. Actualmente se hace referencia al término como un proceso intermedio entre vejez normal y demencia.

9.3 *El Área Perceptivo-Cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.*

9.3.1 Alteraciones más frecuentes de la percepción y la cognición en las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

El deterioro de los sistemas de memoria de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias ha sido uno de los procesos cognitivos que tradicionalmente más atención ha recibido. En la Enfermedad de Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer), al igual que ocurre en el resto de las Demencias, se produce principalmente un deterioro en la memoria, y al menos está presente uno o más trastornos de otras funciones cognitivas tales como alteraciones en el lenguaje (afasias), en la actividad constructiva, dificultades de ejecución de las actividades motoras (apraxias) y/o problemas en el reconocimiento e identificación (agnosias). El deterioro de la memoria constituye uno de los signos clínicos más característicos que se produce de manera paulatina según vaya afectado a unas áreas cerebrales u otras tratándose de un deterioro gradual de los sistemas de memoria implicados.

El deterioro de la memoria episódica constituye uno de los rasgos más característicos de las personas con Enfermedad de Alzheimer, ya que en la mayoría de los casos y al inicio de la enfermedad sólo se ve alterada en la recuperación de información almacenada una vez instaurada la enfermedad, mientras que la recuperación de acontecimientos que sucedieron antes de que se instaurara la enfermedad, la recuperación es más accesible. Es decir, se conservan los acontecimientos más lejanos en el tiempo y que pertenecen a la biografía de cada persona y se olvidan los más recientes. Por este motivo una persona con Enfermedad de Alzheimer recuerda acontecimientos de su infancia y adolescencia y olvida hechos más actuales y que se acercan temporalmente a la aparición de la enfermedad.

Las alteraciones en los sistemas de memoria constituyen una señal de alarma que en muchos casos es el motivo desencadenante de que la persona acuda a consultar con un especialista. Estas alteraciones se ponen de manifiesto en la vida cotidiana de la persona y afectan de manera directa en aspectos que tienen que ver con la autonomía personal.

Uno de los primeros rasgos que se manifiestan en la instauración de la enfermedad hace referencia a tareas de denominación, ya que en los inicios de la Enfermedad de Alzheimer se producen dificultades para encontrar la palabra adecuada, consideradas como manifestaciones leves de anomia, pero que a medida que la enfermedad avanza se convierte en más grave llegando en algunos casos a la sustitución de unas palabras por otras que pueden no estar relacionadas ni ser de la misma categoría semántica.

Junto a los déficits en el procesamiento de la memoria semántica, también encontramos alteraciones en la *memoria a corto plazo* desde las primeras fases de la enfermedad. Ya que para que se produzca un la codificación y evocación inmediata de la información percibida otro tipo de procesos que tienen que ver con el mantenimiento de la atención y la selección de información relevante (atención selectiva).

En cuanto a los sistemas perceptivos en personas con Enfermedad de Alzheimer debemos tener en cuenta que los síntomas de envejecimiento de las capacidades sensoriales junto con el desarrollo de la enfermedad conlleva una serie de problemas añadidos. En cuanto a la visión, los problemas más frecuentes hacen referencia a la pérdida de agudeza visual. Con la edad, también aparece un deterioro de la capacidad auditiva que se relaciona de manera directa con la capacidad de relación interpersonal y el aumento de riesgos físicos. Los problemas auditivos pueden favorecer el retraimiento social y el aislamiento.

9.3.2 Deterioro cognitivo en función de los estadios de la Enfermedad de Alzheimer.

Los diferentes tipos de demencia pasan por distintos estadios de gravedad, iniciándose con un deterioro leve, y pasado progresivamente a moderado y grave. Para el estudio del deterioro cognitivo en función de los estadios de la Enfermedad de Alzheimer vamos a tomar como referencia la *Global Deteriorario Scale*; Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg, et al. 1982. Esta escala se basa en un esquema de progresión del deterioro a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer. Describe siete estadios globales de demencia que van desde la normalidad (GDS 1) al deterioro grave (GDS 7).

GDS 1: Sin Deterioro Cognitivo.

- No manifiesta pérdida de memoria ni hay certeza clínica de que la haya. Las puntuaciones en las pruebas cognitivas son normales.

GDS 2: Deterioro Cognitivo muy leve.

- Manifiesta olvidos.
- No existen signos clínicos de pérdida de memoria.

GDS 3: Deterioro Cognitivo leve.

- Aparecen signos precoces de déficit de memoria.
- No existen limitaciones en el reconocimiento y la denominación. La falta de palabras es muy discreta pero existe un cierto empobrecimiento semántico de ideas.
- En cuanto a la orientación aparecen errores relativamente leves. Sabe donde se encuentra y solo se desorienta si va a lugares desconocidos.
- No existen problemas sensoriales y es capaz de reconocer y denominar todos los objetos e imágenes.
- Se dan problemas de concentración.

GDS 4: Deterioro Cognitivo Moderado.

- Déficits claramente definidos en una entrevista clínica en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes, en el recuerdo de su historia personal, etc.
- Es capaz de reconocer personas y caras familiares.
- Aparece la negación como mecanismo de defensa dominante.
- Es capaz de emplear la gran mayoría de palabras del lenguaje hablado cotidiano.
- Se caracteriza por tener un pensamiento básicamente concreto y una pérdida progresiva del pensamiento lógico.
- En cuanto a la orientación aparecen errores que tienen que ver con la orientación temporal.
- Es capaz de reconocer y denominar objetos de la vida diaria, así como las diferentes coordenadas espaciales y denominarlas.
- Escasa afección sensorial, pero alteración de la concentración. Es capaz de reconocer sonidos y de emparejarlos con imágenes.
- Alteración de la concentración, se distrae con facilidad y no mantiene la atención centrada selectivamente.

GDS 5: Deterioro Cognitivo moderadamente grave:

- No recuerda datos relevantes de su vida actual.
- Se ve afectada la percepción y reconocimiento.
- La evocación de palabras está afectada.
- Aparece desorientación en tiempo y/o espacio.
- Se da una distorsión de la percepción visual.
- Es capaz de recordar su nombre, el de su cónyuge y de sus hijos.
- Son capaces de seguir la interpretación de música y canciones.

GDS 6: Deterioro Cognitivo Grave.

- Las percepciones y la capacidad de reconocimiento están muy afectadas.
- Es capaz de reconocer caras familiares.
- Desconoce acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Es capaz de recordar su nombre.
- Es capaz de distinguir entre personas familiares y no familiares de su entorno.
- El vocabulario es muy restringido.
- En cuanto a la orientación, no tiene noción de la fecha en que se encuentra y en ocasiones no es capaz de diferenciar el día de la noche. Existe también desorientación espacial.
- La percepción está gravemente afectada. Se siente confuso.

GDS 7: Deterioro Cognitivo muy grave.

A nivel cognitivo existe un deterioro global de todas las funciones cognitivas y a nivel funcional la persona ha perdido la capacidad de realizar todas las actividades instrumentales de la vida diaria:

- No es capaz de identificar a su cónyuge. Aparece desorientación en persona.
- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar frases y palabras. En las últimas fases no hay lenguaje.

9.4 La Musicoterapia para el desarrollo del Área Perceptivo-Cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

En la intervención musicoterapéutica orientada a la estimulación perceptivo-cognitiva incluye una serie de técnicas que tienen como objetivo mantener y/o mejorar las capacidades cognitivas y perceptivas y así lograr una mayor autonomía personal. Para ello se utilizan una serie de técnicas de reminiscencia en las que a través, por ejemplo, del recuerdo de canciones y melodías que pertenezcan a su identidad musical y biográfica tratan de centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos o momentos y vivencias personales con el objetivo de estimular la propia identidad y la autoestima de la persona.

Los programas de estimulación y actividad perceptivo-cognitiva a través de actividades musicales se centran en activación y/o mantenimiento de diferentes capacidades cognitivas. En éste tipo de programas musicoterapéuticos de entrenamiento cognitivo se incluyen actividades musicales de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, la coordinación, la atención y escucha mantenida, etc.

En este tipo de intervenciones se estimulan una serie de procesos cognitivos básicos tales como la atención, percepción, memoria, lenguaje, orientación, etc. Por ejemplo, se puede trabajar la percepción ya que las actividades musicoterapéuticas se pueden encaminar a ejercitar la capacidad de analizar y discriminar la información y favorecer la agilidad perceptiva mediante la discriminación de sonidos, localización auditiva y visual, elementos de figura-fondo, etc. También a mantener en todas ellas la atención. Al igual que en las “Terapias de Orientación a la Realidad (OR)” las actividades musicales permiten trabajar la orientación mediante la presentación de información relacionada con la orientación (temporal, espacial y personal). El principal objetivo es proporcionar a la persona una mayor comprensión de todo lo que le rodea favoreciendo la sensación de control. Y por supuesto, la memoria. El déficit de memoria es el síntoma principal de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y va a jugar un papel fundamental en la rehabilitación de otros déficits cognitivos y en el impacto sobre las actividades de la vida diaria. Las técnicas específicas que se van a emplear

durante las sesiones de musicoterapia para la estimulación de la memoria se fundamentan en que la pérdida de memoria se produce de forma gradual y su intensidad es variable en las fases iniciales de la enfermedad, afectando inicialmente a la memoria episódica y a la memoria semántica. Para el desarrollo de dichos objetivos en las sesiones de musicoterapia se utilizan una serie de estrategias tales como la visualización mediante la creación de imágenes visuales favoreciendo la doble codificación verbal y visual de la información y facilitando la recuperación de información almacenada a través de referencias contextuales; la asociación mediante la relación de información nueva con elementos previos ya almacenados según similitudes visuales o sonoras, asociación de fechas significativas, etc.; y la categorización para ordenar la información en diferentes categorías que se convierten en referentes y ayudan a recuperar la información, favoreciendo el acceso a la memoria semántica y acceso al léxico.

- *Funciones psicológicas superiores:* mediante la intervención musicoterapéutica se evaluará la organización, planificación, razonamiento y control de conductas de resolución de problemas.

El tratamiento musicoterapéutico para el desarrollo del área perceptivo-cognitiva tiene carácter individual, ya que se diseña un programa específico para cada usuario acorde con las necesidades y capacidades que presenta. Aunque de manera general podemos esbozar una serie de objetivos musicoterapéuticos de grupo para el desarrollo del área perceptivo-cognitiva mediante actividades musicales diseñadas, por ejemplo, para:

- Estimular/mantener las capacidades mentales.
- Estimular el control de la atención mediante el mantenimiento de la misma durante las actividades musical a través del seguimiento del pulso rítmico u otros indicadores atencionales que evalúen dicho objetivo. (Atención mantenida)
- Mantener y estimular la habilidad de orientación de la atención filtrando y evitando aquellos aspectos irrelevantes para el desarrollo de las actividades musicales evitando la distracción. (Atención selectiva)
- Estimular habilidades que favorezcan el entrenamiento de la precisión y velocidad en diferentes actividades musicales que requieran cambios del foco de atención así como cambios en la modalidad atencional.

- Codificar y recuperar hechos autobiográficos con referencia espacio-temporal mediante diferentes técnicas de reminiscencia.
- Estimular la memoria reciente y la posterior evocación inmediata a partir, por ejemplo, del recuerdo y comprensión de la consigna dada, ecos rítmicos, etc. (Registrar-retener y recordar).
- Fomentar la percepción auditiva mediante actividades de discriminación auditiva, memoria auditiva, figura-fondo y localización auditiva.
- Estimular y/o mantener diferentes procesos psicológicos superiores como por ejemplo la toma de decisiones, planificación, capacidad de elección, razonamiento, etc.
- Estimular la denominación semántica mediante la búsqueda, selección y recuperación del almacén semántico, así como la fluidez de acceso al léxico y el conocimiento conceptual.

9.5 La evaluación musicoterapéutica del Área Perceptivo-Cognitiva.

9.5.1 La evaluación tradicional del área perceptivo-cognitiva en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

La evaluación clínica neuropsicológica desempeña un papel muy importante en la detección y diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Los resultados obtenidos establecen los diferentes niveles de funcionamiento cognitivo y muestran perfiles que nos pueden ayudar a comprender las alteraciones funcionales individuales. Los instrumentos de cribado cognitivo y las baterías de test neuropsicológicos son fundamentales para establecer los criterios de la Enfermedad de Alzheimer. La evaluación de las funciones perceptivo-cognitivas proporciona la discriminación entre los cambios cognitivos que se relacionan con la edad y los relacionados con la enfermedad.

Los ámbitos cognitivos evaluados en la mayoría de las pruebas neuropsicológicas hacen referencia a la capacidad intelectual y estado cognitivo global de la persona, atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, función visoespacial, lenguaje, capacidades motoras y capacidades sensorio-perceptivas.

Para la elaboración del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias hemos tenido en cuenta una serie de instrumentos previos estandarizados que evalúan el área perceptivo-cognitivo en las personas con Enfermedad de Alzheimer y Demencias. Los más empleados han sido los siguientes:

- Escala de deterioro global (GDS).
- Escala de Evaluación para Enfermedad de Alzheimer (ADAS).
- Mini Mental Examination State o MMSE.
- Test de Barcelona.
- WAIS/WAIS-R. Wechsler Adult Intelligence Scale.
- WMS/WMS-R. Wechsler Memory Scale.
- Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG).
- Test del Informador (TIN).
- Escala de depresión geriátrica (GDS).
- Escala de Demencia de Blessed.
- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton.

TABLA 9.5.1. Algunos instrumentos de evaluación que evalúan el deterioro perceptivo-cognitivo en Enfermedad de Alzheimer.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE Enfermedad de Alzheimer	AUTORES Y AÑO	DESCRIPCIÓN
The Global Deterioration Scale (GDS). Escala de Deterioro Global	<i>Reisberg, B. et al., 1982.</i>	La Escala de Deterioro Global (GDS) establece siete estadios posibles de deterioro en la persona. Define cada estadio en términos operacionales. El CAED (Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias) en 1997 sugirió la utilización de esta escala para la gradación del síndrome demencial de la enfermedad de Alzheimer acompañado del Instrumento de Evaluación Funcional para Enfermedad de Alzheimer, FAST (Functional Assessment tool for Alzheimer's disease).
Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) <i>Escala de Evaluación para Enfermedad de Alzheimer (ADAS)</i>	<i>Rosen, W.G., Mohs, R.C., Davis, K.L., 1984.</i> <i>Adaptación española: Peña-Casanova, J. et al. 1997</i>	Instrumento para evaluar mediante puntuaciones los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, así como su progresión aún en los estadios más avanzados. El ADAS es un test que evalúa rendimiento y que consta de 21 ítems segregados en dos subescalas: cognitiva (ADAS-Cog) y conductual (ADAS-Noncog).

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE Enfermedad de Alzheimer	AUTORES Y AÑO	DESCRIPCIÓN
Mini Mental Status Examination (MMSE) Mini examen cognoscitivo / <i>Examen Cognoscitivo Mini Mental</i>	<i>Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh, P. R., 1975.</i> <i>Adaptación Española: Lobo, A. et al., 2002.</i>	El MMSE es un test de Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado. Se incluye dentro de las escalas cognoscitivas conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Con una puntuación total de 30 puntos evalúa seis capacidades cognitivas: Orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes orales y escritas, escritura espontánea y habilidades visoconstructivas.
<i>Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica-Test Barcelona.</i>	<i>Peña-Casanova et al., 1990. Edición Revisada, Test Barcelona-R, 2005.</i>	El Test Barcelona (TB) es el primer instrumento neuropsicométrico desarrollado en España, para medir cuantitativamente el estado cognitivo. Se han tenido en cuenta los subtest que hacen referencia a: fluencia y gramática, contenido informativo, orientación en persona, orientación en lugar, denominación, evocación categorial, comprensión de órdenes, material verbal complejo, comprensión, lectura, gesto simbólico, imitación de posturas bilaterales, secuencia de posturas, praxis gestual, memoria y semejanzas-abstracción.
WAIS/WAIS-R. Wechsler Adult Intellygence Scale	<i>Wechsler, D. 1981</i>	Se trata de una escala de Inteligencia para Adultos formada por un conjunto de pruebas para medir las capacidades intelectivas (normales y patológicas). Es una prueba para la valoración de funciones cognoscitivas.
WMS/WMS-R. Wechsler Memory Scale	<i>Wechsler, D. 1987)</i>	Prueba neuropsicológica de valoración de los trastornos de la memoria que comprende orientación personal y espacial, memoria lógica, memoria verbal y memoria visual.
Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG),	<i>Roth et al, 1988, traducción y validación al castellano, Vilalta et al, 1991.</i>	Prueba incluida en la entrevista diagnóstica de demencias <u>CAMDEX</u> . Evalúa el funcionamiento cognitivo de personas mayores que pueden padecer demencia, abarca 8 áreas: orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, praxis, cálculo, pensamiento abstracto y percepción visual.
Test del Informador (TIN).	<i>Jorm AF, Scott R, et al. Assesment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire,</i>	El Test del Informador es un test cognitivo-funcional (memoria, funcionalidad, capacidad ejecutiva y juicio). Este test es cumplimentado

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE Enfermedad de Alzheimer	AUTORES Y AÑO	DESCRIPCIÓN
	<i>1989. Adaptación Española. Test del Informador (TIN), 1995</i>	por un familiar o allegado. En él se compara el estado actual del paciente con el que tenía diez años antes. El informador debe contestar sobre los cambios experimentados por su familiar a lo largo de dicho periodo de tiempo para cada uno de los aspectos a los que hace referencia el test.
Escala de depresión geriátrica (GDS).	<i>Yesavage et al, 1983. Versión traducida y validada al castellano, Martínez de la Iglesia et al, 2002.</i>	El GDS es una escala de respuestas simples (sí/no) orientada a evaluar los síntomas depresivos en el proceso de envejecimiento
Escala de Demencia de Blessed.	<i>Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. 1968.</i>	La escala de Demencia de Blessed cuantifica la capacidad de los pacientes que poseen algún tipo de demencia para llevar a cabo las tareas de la vida diaria. Las funciones que evalúa son : cambios en la ejecución de las actividades de la vida diaria, en los hábitos, en la personalidad y en la conducta.
Índice de Barthel.	<i>Mahoney y Barthel, 1965. Traducción y validación al castellano, Baztán et al, 1993.</i>	El índice de Barthel es un instrumento que evalúa la independencia del paciente para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
Índice de Lawton.	<i>Lawton y Brody, 1969. Traducción y validación al castellano,</i>	El índice de Lawton es un instrumento que evalúa las capacidades funcionales según la autonomía física e instrumental en la ejecución de actividades cotidianas que permiten a una persona vivir con independencia.

9.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: la aportación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

La mayor parte de los sistemas de evaluación neuropsicológica parten de test situacionales donde la aplicación de unos ítems ya está determinada a priori. Éstos se realizan en un contexto artificial para la persona que es evaluada, por lo que la espontaneidad se ve limitada. Desde la evaluación musicoterapéutica del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias orientada al área perceptivo-cognitiva se evalúan las competencias de dicha área en situación espontánea ya que se trabaja a partir de actividades musicales.

La evaluación musicoterapéutica en el área perceptivo-cognitiva permite determinar cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las preservadas, así como los grados de afectación o preservación relativos de cada capacidad mental. De esta forma las intervenciones musicoterapéuticas se adaptan a las características individuales de cada persona y permiten establecer las capacidades reales que presenta la persona en ese momento.

Para el buen funcionamiento de la memoria es necesario procesos de recepción (percepción) y selección de las informaciones que provienen de los sentidos (atención), codificación y almacenamiento de esas informaciones y capacidad de acceder a esas informaciones (evocación y recuperación), por lo que en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias distinguimos entre las capacidades de recuerdo y las de reconocimiento, ya que los procesos implicados en cada uno de ellos son diferentes. Se realiza una distinción entre las dificultades en los procesos de codificación y almacenamiento y en los de evocación y recuperación.

9.5.3 Articulación del área Perceptivo-Cognitiva en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

En la siguiente tabla se puede apreciar la distribución de subáreas, dimensiones e ítems del Área Perceptivo-Cognitiva:

TABLA 9.5.3. *Área Perceptivo-Cognitiva del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.*

SUBÁREAS	DIMENSIONES DE LAS SUBÁREAS	Ítems
Percepción	Percepción visual	10
	Percepción auditiva	8
Orientación	Orientación temporal	6
	Orientación espacial	5
	Orientación en su realidad personal	7
Atención/Concentración	Activación de la atención	4
	Orientación de la atención (atención selectiva)	5
	Control de la atención (atención mantenida)	4
	Cambio de atención (figura-fondo perceptivo)	3
Memoria a largo plazo	Memoria episódica	14
	Memoria semántica	10
Memoria a corto plazo		8
Resolución de problemas	Secuenciación temporal de hechos y tareas	4
	Planificación	4
	Búsqueda de soluciones	2
	Toma de decisiones	2

Se han tomado algunas decisiones al diseñar esta área, como la eliminación de los contenidos de comunicación y lenguaje del área cognitiva, formando con todos ellos un área aparte; o la eliminación de la memoria procedimental, ya que durante las sesiones de musicoterapia no se tiene constancia de las tareas automatizadas que la persona con Enfermedad de Alzheimer ha aprendido a lo largo de su vida.

La configuración de los ítems del *Área Perceptivo-Cognitiva* del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias, articulados en las subáreas y dimensiones de las subáreas (competencias), es la siguiente:

1. PERCEPCIÓN

1.1. Percepción visual: Es la capacidad de procesar e interpretar adecuadamente los estímulos visuales. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.1

Código	Ítems
COG 1.1.a	Es capaz de responder a estímulos visuales.
COG 1.1.b	Es capaz de localizar visualmente un estímulo.
COG 1.1.c	Es capaz de orientar su mirada hacia el rostro de quien le habla.
COG 1.1.d	Es capaz de reconocer de manera visual a el/la musicoterapeuta.
COG 1.1.e	Es capaz de discriminar dos o más estímulos visuales diferentes.
COG 1.1.f	Es capaz de reconocer diferentes objetos.
COG 1.1.g	Es capaz de reconocer diferentes imágenes.
COG 1.1.h	Es capaz de reconocer diferentes caras familiares
COG 1.1.i	Es capaz de discriminar diferentes objetos atendiendo a una cualidad física como el tamaño, color, forma, etc.
COG 1.1.j	Es capaz de mantener el contacto visual activo (con una persona y/o con un objeto).

1.2. Percepción auditiva: Es la capacidad de procesar e interpretar adecuadamente los estímulos auditivos. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.2

Código	Ítems
COG 1.2.a	Es capaz de responder a estímulos auditivos.
COG 1.2.b	Es capaz de localizar de manera auditiva una fuente sonora.
COG 1.2.c	Es capaz de reconocer auditivamente a el/la musicoterapeuta.
COG 1.2.d	Es capaz de discriminar dos o más sonidos diferentes
COG 1.2.e	Es capaz de discriminar entre diferentes sonidos de manera simultánea (figura-fondo)
COG 1.2.f	Es capaz de discriminar la intensidad de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)
COG 1.2.g	Es capaz de discriminar la velocidad de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)
COG 1.2.h	Es capaz de discriminar el timbre sonoro de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)

2. ORIENTACIÓN

2.1. Orientación temporal: Es la capacidad de situarse en la variable tiempo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.3

Código	Ítems
COG 2.1.a	Es capaz de decir el momento del día en el que se encuentra (mañana, tarde, noche)
COG 2.1.b	Es capaz de interpretar la hora de un reloj
COG 2.1.c	Es capaz de emplear de forma coherente los tiempos verbales (ayer, hoy, mañana)
COG 2.1.d	Es capaz de decir el día de la semana y el mes en el que vive
COG 2.1.e	Es capaz de decir el año en el que vive
COG 2.1.f	Es capaz de ajustarse a los horarios preestablecidos para las diferentes actividades

2.2. Orientación espacial: Es la capacidad de situarse en la variable espacio. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.4

Código	Ítems
COG 2.2.a	Es capaz de ubicar el espacio donde se encuentra
COG 2.2.b	Es capaz de decir la ciudad donde vive
COG 2.2.c	Es capaz de orientarse en el espacio donde convive reconociendo las diferentes estancias.
COG 2.2.d	Es capaz de relacionar la actividad a relacionar con el espacio donde se encuentra
COG 2.2.e	Es capaz de desplazarse de manera autónoma e intencional por diferentes espacios siempre que no presente limitaciones físicas.

2.3. Orientación en su realidad personal: Es la capacidad de situarse en sus señas de identidad más básicas de su pasado y de su presente. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.5

Código	Ítems
COG 2.3.a	Conoce su nombre (responde cuando se le llama, dice su nombre si se le pregunta, etc.)
COG 2.3.b	Conoce cuáles son sus apellidos
COG 2.3.c	Es capaz de reconocer su imagen en fotografías, espejo, etc.
COG 2.3.d	Es capaz de situarse ante su red familiar mediante el reconocimiento facial de los miembros de la misma distinguiendo entre rostros familiares y no familiares.
COG 2.3.e	Es capaz de recordar y nombrar a su vínculo familiar más cercano (p. ej. cónyuge e hijos).
COG 2.3.f	Es capaz de recordar hechos autobiográficos como el lugar de nacimiento.
COG 2.3.g	Es capaz de recordar su fecha de nacimiento.
COG 2.3.h	Es consciente y expresa que padece una enfermedad neurodegenerativa

3. ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN

3.1. Activación de la atención: Es la capacidad de conectarse sensorialmente al momento presente. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.6

Código	Ítems
COG 3.1.a	Realiza un movimiento o acción cada vez que oye uno o varios sonidos determinados
COG 3.1.b	Realiza una acción al escuchar un estímulo sonoro
COG 3.1.c	Es capaz de responder cuando se le llama por su nombre, volviéndose u orientando la mirada de cualquier otro modo.
COG 3.1.d	Es capaz de conectarse de manera visual, auditiva y/o corporal con las actividades musicales.

3.2. Orientación de la atención (atención selectiva): Es la capacidad de dirigir la atención hacia diferentes estímulos. Dicho de otro modo, supone el control de los órganos sensoriales hacia diferentes estímulos que permiten la localización espacial de los objetos visuales y/o de la fuente sonora. Controla la orientación de los órganos sensoriales hacia ellos y filtra la información irrelevante (Atención Selectiva). Es una habilidad necesaria para atender a la información relevante mientras que se evita la distracción producida por la información irrelevante para la tarea. Este tipo de atención se encuentra muy tempranamente afectada en la Enfermedad de Alzheimer. Un tema importante y hoy aún no está aclarado es si el deterioro temprano de la memoria episódica en Enfermedad de Alzheimer viene acompañado o incluso aparece con anterioridad de un trastorno en la atención selectiva. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.7

Código	Ítems
COG 3.2.a	Es capaz de localizar diferentes estímulos auditivos.
COG 3.2.b	Es capaz de localizar diferentes estímulos visuales.
COG 3.2.c	Es capaz de orientar su mirada hacia la musicoterapeuta y/u otros participantes de la sesión.
COG 3.2.d	Es capaz de centrar su atención en las actividades musicales absteniéndose de aquellos aspectos irrelevantes para el desarrollo de las sesiones de musicoterapia (filtración de la información).
COG 3.2.e	Es capaz de orientar la atención hacia la fuente sonora tras una interferencia estimular.

3.3. Control de la atención (atención mantenida): Es la capacidad de concentrar su atención en el tiempo para poder activar otras funciones cognitivas que lo requieren. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.8

Código	Ítems
COG 3.3.a	Mantiene la atención mirando a quien le está hablando.
COG 3.3.b	Da muestras de responder a un ritmo musical mediante el seguimiento del pulso rítmico dando palmadas u otro indicador que lo evalúe.
COG 3.3.c	Es capaz de adecuar su propio ritmo al ritmo de la canción
COG 3.3.d	Es capaz de mantener la atención durante las actividades musicales

3.4. Cambio de atención (figura-fondo perceptivo): Es la capacidad de cambiar el foco atencional de una modalidad sensorial a otra (figura-fondo perceptivo) sin desconectarse de la primera modalidad sensorial. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.9

Código	Ítems
COG 3.4.a	Es capaz de cambiar la modalidad atencional (visual-auditivo) controlando primero uno y luego otro.
COG 3.4.b	Es capaz de realizar un sonido al percibir un estímulo visual
COG 3.4.c	Es capaz de alternar sucesivamente el cambio de atención de una modalidad sensorial a otra

4. MEMORIA A LARGO PLAZO (MLP)

La memoria es un proceso psicológico que permite la codificación y organización de la información que percibimos para su posterior recuperación. La memoria constituye el pasado, presente y futuro de una persona. Los sistemas de memoria tienen tres funciones: *a)* codificación de la información captada a través de diferentes modalidades sensoriales; *b)* almacenamiento de esa información en el cerebro; y *c)* recuperación de manera consciente o inconsciente de la información codificada y almacenada. Tomando como referencia los modelos estructurales de la memoria propuestos por Atkinson y Schiffrin (1968) y Schacter y Tulving (1994) se pueden articular los diferentes sistemas de memoria en *memoria a largo plazo* (MLP) y *memoria a corto plazo* (MCP) o de evocación inmediata. La *memoria a largo plazo* (MLP): Es un sistema de información que se conserva de manera duradera y cuya disponibilidad no está limitada por la duración de la retención de la información. El hecho de que esté disponible no significa que sea accesible de manera permanente, ya que depende de otros procesos implicados como la fase de codificación y la fase de recuperación. Se articula en tres tipos de memoria: *episódica*, *semántica* y *procedimental*. Esta última hace referencia a los procedimientos cognitivos que intervienen en la realización de tareas que impliquen una ejecución motriz. El procedimiento es llevado a cabo por la persona de manera inconsciente, ya que se refiere a actos motores que la persona tiene automatizados y que en su realización no se manifiestan de manera consciente. Este tipo de memoria no la vamos a evaluar en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias de forma directa y explícita, aunque sí implícitamente y transversalmente en muchos ítems.

4.1. Memoria episódica: Es la capacidad de recordar acontecimiento personales ya vividos. Es decir, la memoria episódica se basa en un sistema que se encarga de codificar y recuperar hechos autobiográficos con referencia espacio-temporal. Se trata de los recuerdos vividos de manera consciente y constituyen la historia personal y las señas de identidad de cada persona. En las personas con Enfermedad de Alzheimer, tal y como indica Díaz Mardomingo (2006: 46) la memoria episódica puede tener un carácter retrógrado que hace referencia a la información que pertenece a acontecimientos pasados antes de que se instaurara la enfermedad, y carácter anterógrado que se refiere a los nuevos aprendizajes que va constituyendo la persona una vez instaurada a enfermedad. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.10

Código	Ítems
COG 4.1.a	Es capaz de recordar acontecimientos personales vinculados a un tiempo concreto
COG 4.1.b	Es capaz de recordar acontecimientos personales vinculados a un lugar concreto.
COG 4.1.c	Es capaz de reconocer la música de al menos una canción escuchada con anterioridad.
COG 4.1.d	Es capaz de reconocer la letra de al menos una canción escuchada con anterioridad.
COG 4.1.e	Es capaz de recordar episodios significativos de su vida de manera espontánea.
COG 4.1.f	Es capaz de recordar episodios significativos de su vida a petición del/la musicoterapeuta.
COG 4.1.g	Es capaz de recordar lo que se habló en una conversación mantenida con anterioridad.
COG 4.1.h	Es capaz de reconocer a las personas que forman su vínculo familiar más cercano.
COG 4.1.i	Es capaz de recordar el nombre de las personas que forman su vínculo familiar más cercano.
COG 4.1.j	Es capaz de recordar las relaciones familiares existentes.
COG 4.1.k	Es capaz de evocar canciones recordando la época.
COG 4.1.l	Es capaz de evocar canciones recordando el cantante.
COG 4.1.m	Es capaz de evocar canciones recordando la letra.
COG 4.1.n	Es capaz de recordar la letra y la melodía de la canción de bienvenida.

4.2. Memoria semántica: Es la capacidad de recordar y emplear adecuadamente el significado de los conceptos referidos a objetos, hechos, experiencias subjetivas y/o conceptos. Es decir, es el conocimiento que una persona posee sobre las palabras y otros símbolos mentales, su significado y referente. Constituye lo que diferentes autores han denominado “*conocimiento general del mundo*”. Se trata de información almacenada sin referencia espacio-temporal. Nos estaríamos refiriendo a aquellas informaciones que tienen que ver con el significado de las palabras, distinción de conceptos, procedimientos para la realización de tareas, conocimientos sobre diferentes temáticas y ámbitos, etc. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.11

Código	Ítems
COG 4.2.a	Es capaz de evocar palabras pertenecientes a una determinada categoría semántica.
COG 4.2.b	Es capaz de nombrar ejemplos de palabras pertenecientes a una categoría semántica que se da como referencia. (acceso al léxico y conocimiento conceptual)
COG 4.2.c	Es capaz de nombrar objetos.
COG 4.2.d	Es capaz de describir una imagen con un léxico adecuado.
COG 4.2.e	Conoce el significado de las palabras de uso habitual.
COG 4.2.f	Es capaz de cantar las letras de las canciones.
COG 4.2.g	Es capaz de nombrar de manera espontánea ante diferentes estímulos visuales presentes.
COG 4.2.h	Es capaz de nombrar a petición del/la musicoterapeuta ante diferentes estímulos visuales.
COG 4.2.i	Es capaz de describir una vivencia personal.
COG 4.2.j	Es capaz de completar una palabra incompleta por el contexto de la frase

5. MEMORIA A CORTO PLAZO Y EVOCACIÓN INMEDIATA

La memoria a corto plazo está referida aquí a la capacidad de recordar y evocar diferentes conceptos referidos a objetos, hechos, experiencias subjetivas y/o conceptos, es decir, pequeñas cantidades de información, durante un periodo de tiempo limitado. En nuestro caso, ponemos como margen, los recuerdos que se sitúan como máximo dentro del margen del encuadre musicoterapéutico de una sesión de musicoterapia. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.12

Código	Ítems
COG 5.a	Es capaz de memorizar patrones rítmicos.
COG 5.b	Es capaz de memorizar patrones melódicos
COG 5.c	Es capaz de memorizar patrones rítmico-melódicos
COG 5.d	Es capaz de recordar el título de la canción que se cantó en ese momento.
COG 5.e	Es capaz de recordar el autor de la canción que se cantó en ese momento
COG 5.f	Es capaz de recordar la consigna de la actividad
COG 5.g	Al finalizar la sesión es capaz de recordar las actividades musicales que se realizaron.
COG 5.h	Al finalizar la sesión es capaz de recordar las actividades musicales que se realizaron con referencia temporal.

6. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

6.1. Secuenciación temporal de hechos y tareas: Es la capacidad de grabar ordenadamente en el tiempo las experiencias vividas previamente, así como de anticipar, según éstas, el orden de las posibles acciones o acontecimientos futuros que puede vivir en diferentes contextos. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.13

Código	Ítems
COG 6.1.a	Es capaz de anticipar secuencias temporales en una secuencia de praxias ya aprendidas (p.ej. "después de la canción de bienvenida nos toca bailar y luego tocar instrumentos").
COG 6.1.b	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones diarias (p.ej. "después de musicoterapia voy a ir a comer").
COG 6.1.c	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones semanales (p.ej. "cuando llegue el viernes me vienen a buscar para llevarme a casa").
COG 6.1.d	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones a largo plazo (p.ej. "¿después de la Navidad volveré a tener sesiones de musicoterapia?")

6.2. Planificación: Es la capacidad de ordenar voluntariamente en el tiempo las posibles secuencias de acciones o acontecimientos futuros que puede vivir en uno o varios contextos. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.14

Código	Ítems
COG 6.2.a	Es capaz de planificar dos o más praxias consecutivas (p.ej. " <i>después de tocar el tambor quiero tocar la guitarra</i> ").
COG 6.2.b	Es capaz de planificar diversas acciones diarias (p.ej. " <i>después de musicoterapia quiero ir a jugar a las cartas</i> ").
COG 6.2.c	Es capaz de proponer, espontáneamente o a petición, la secuencia de actividades musicales que querría hacer en la propia sesión
COG 6.2.d	Es capaz de de proponer, espontáneamente o a petición, la secuencia de actividades musicales que querría hacer en próximas sesiones.

6.3. Búsqueda de soluciones: Es la capacidad de tomar parte activa para encontrar diferentes alternativas razonables que pudieran servir como solución a problemas, ya sean propios o de otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.15

Código	Ítems
COG 6.3.a	Es capaz de ofrecer dos o más alternativas razonables como solución a problemas que surgen espontáneamente y que requieren usar operaciones lógico-concretas.
COG 6.3.b	Es capaz de ofrecer dos o más alternativas razonables como solución a problemas que surgen espontáneamente y que requieren usar operaciones lógico-formales (abstractas).

6.4. Toma de decisiones: Es la capacidad de elegir entre diferentes alternativas razonables que pudieran servir como solución a problemas, ya sean propios o de otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 9.5.3.16

Código	Ítems
COG 6.4.a	Es capaz de decidir entre dos o más alternativas razonables que se le ofrecen como solución a un determinado problema.
COG 6.4.b	Es capaz de decidir entre dos o más alternativas razonables que ha buscado previamente como solución a un determinado problema.

Bibliografía de referencia

- Díaz Mardomingo, M. C. (2006). *El deterioro de los sistemas de memoria en la Enfermedad de Alzheimer*. En Peraita Agradados, H. *Envejecimiento y enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Trotta.
- Munk-Madsen, N. M. (2001). Assessment in Music Therapy with Clients Suffering from Dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10 (2), 205-208.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De León, M. J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Reuter-Lorenz P. A. (2000). New visions of the aging mind and brain. *Trends Cognit Sci* 6, 394-400.
- Rosen, W. G., Mohs, R. C. & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer Disease. *A. J. Psychiatry*, 141, 1356-1364.
- Sabbatella, P. (2001). The Process of Evaluation in Music Therapy Clinical Practice. *Info CD Rom IV. E-Book of Articles IX World Congress of Music Therapy* (PDF), 158-173. Universidad Witten-Herdecke.
- Sabbatella, P. (2004). Assessment and Clinical Evaluation in Music Therapy: An Overview from Literature and Clinical Practice. *Music Therapy Today (Online)* Vol. V, Issue 1 (January 2004)
- Sabbatella, P. (2011). El Concepto de Evaluación en Musicoterapia: Perspectiva Bibliográfica, Metodológica y de Investigación. En Sabbatella, P. (ed), *Identidad y Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España*. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia. Cádiz 8-10 Octubre 2010. Málaga: Grupo Editorial Universitario.

Sabbatella, P. (2012). La **Evaluación** de Personas con Discapacidad en Musicoterapia: Orientaciones Teóricas y Metodológicas. En Brotons, M. y Martí, P. (Coord.). *Música, Musicoterapia y Discapacidad*. Barcelona: Editorial Médica JIMMS.

Schumacher, K. & Calvet-Kruppa, C. (). The "AQR" - An analysis system to evaluate the quality of relationship. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(2), 188-191.

Capítulo 10:

10 Musicoterapia orientada al área Socio-Emocional en las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias

María Teresa del Moral Marcos y Luis Alberto Mateos Hernández

"El arte de envejecer consiste en conservar alguna esperanza". (André Maurois).

Introducción

En la estructura del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con enfermedad de Alzheimer (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias) se ha dedicado un apartado especial dedicado a las competencias sociales y emocionales de las personas con enfermedad de Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer) que se ha denominado: Área Socio-Emocional.

Antes de comenzar con la explicación de cómo se ha construido esta parte del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias vamos a definir algunos conceptos básicos que nos pueden facilitar la comprensión de su diseño.

10.1 ¿Qué son las emociones?

Para entender qué son las emociones es importante conocer diferentes definiciones sobre emociones, distinguir términos afines, así como conocer sus funciones y las distintas clasificaciones que existen.

10.1.1 Concepto de emoción

Existen numerosas concepciones sobre las emociones. Una de las más completas, usadas y aceptadas por la comunidad científica es la siguiente:

“Una emoción es un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que: (a) pueden dar lugar a experiencias efectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado, (b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones, y procesos de etiquetado; (c) generar ajustes fisiológicos...; y (d) dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa”. (Kleinginna y Kleinginna, 1981. Citado por Fernández-Abascal, 2003).

Reeve (1994) considera que las emociones constan de cuatro aspectos y, por ello, son fenómenos multidimensionales. El componente cognitivo-subjetivo hace referencia al estado afectivo de la emoción. El aspecto fisiológico es el más evidente, ya que todos reconocemos que una persona está activada cuando está enfadada. El componente funcional nos ayuda a ser más efectivos en la forma de interactuar con el entorno en el sentido de cómo nos beneficiamos de una emoción. El componente expresivo es el componente conductual y social de la emoción. A través de gestos, de posturas, expresiones faciales, enviamos señales emocionales a los demás. Este último componente nos permite expresar y comunicar esas emociones a los demás. Reeve resume estos cuatro aspectos en la siguiente tabla:

TABLA 10: *Aspectos de la emoción (Tomado de Reeve, 1994)*

Aspecto de la emoción	Contribución a la emoción	Unidad de análisis
Cognitivo-subjetivo	Sentimientos	Auto-informe
Fisiológico	Arousal Preparación física	Estructuras cerebrales Sistema nervioso autonómico Sistema endocrino
Funcional	Propósito Dirigido hacia una meta	Selección de las respuestas apropiadas a la situación
Expresivo	Comunicación social	Expresiones faciales Posturas corporales Vocalizaciones Reglas sociales

Fernández-Abascal (2003), por su parte, ofrece otra definición del término *emoción*:

“Una emoción es un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio”.

Para el autor, es importante diferenciar el *proceso emocional*, es decir, el cambio puntual que se produce en un determinado momento y con una duración delimitada en el tiempo; del *rasgo o tendencia emocional* o las formas habituales de responder emocionalmente de una determinada manera o la tendencia a tener casi siempre la misma respuesta emocional, que hace referencia más a estructuras relativamente estables en el tiempo (temperamento), que a procesos.

10.1.2 Diferenciación del concepto de emoción con otros términos afines.

Igualmente es preciso diferenciar el concepto de emoción de otros, que en el lenguaje coloquial se utilizan como sinónimos, pero que tienen otra significación dentro de este campo. Estos conceptos son los de afecto, humor y sentimiento.

El afecto es el concepto más general y más primitivo con respecto a los términos anteriores. El autor lo define como:

“una condición neurofisiológica accesible conscientemente, como en sentimientos más simples (no reactivos), evidente en el tono emocional de base y en las emociones. El afecto tiene que ver con la preferencia y permite el conocimiento del valor que tiene para la persona las distintas situaciones a las que se enfrenta”.

Según Greenberg (2003), el afecto se refiere a una respuesta biológica, no consciente, ante cierta estimulación. Abarca procesos automáticos, neuronales, motivacionales y fisiológicos, que conforman el sistema evolutivo de respuestas conductuales adaptativas. Los afectos no suponen una evaluación reflexiva. Simplemente suceden, mientras que tanto nuestras emociones como nuestros sentimientos son productos conscientes de estos procesos afectivos no conscientes.

El *humor* o, técnicamente, “*tono emocional de base*”, es una forma específica de estado afectivo que implica la existencia de un conjunto de creencias acerca de la probabilidad que tiene la persona de experimentar placer o dolor en el futuro. Un tono emocional de base concreto puede durar varios días, variando según lo haga la expectativa de futuro de la persona. La emoción, que también es una forma concreta de afecto, por el contrario, suele durar muy poco tiempo, refiriéndose a una relación concreta de la persona con su medio ambiente en el momento presente. Según Fernández-Abascal (2003),

“el tono emocional de base refleja la probabilidad de que la persona obtenga placer o dolor a partir de sus relaciones con el ambiente físico y social en el que se encuentra inserto”.

Según Palmero et al. (2002), el humor y la emoción interactúan dinámicamente; las emociones pueden conducir a un humor determinado, y a su vez, el humor puede alterar la probabilidad de que se desencadene una emoción particular. Emoción y estado de ánimo se diferencian en que la emoción tiene una expresión facial, mientras que en el estado de ánimo no, así como que bajo un estado de ánimo una persona se ve condicionada a la hora de regular un episodio emocional. Además, se diferencian en el grado de activación fisiológica y cortical que provocan. Para **estos** autores, *“el sentimiento es la experiencia subjetiva de la emoción”*. Se refiere a la evaluación que un sujeto realiza tras un evento emocional. Los sentimientos son las disposiciones a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de evento, es decir, es la disposición a hacer atribuciones afectivas y su propensión a responder afectivamente. Como indican Carlson y Hatfield (1992), el término *“sentimiento se refiere a la evaluación, momento a momento, que un sujeto realiza cada vez que se enfrenta a una situación”*.

Para Palmero et al., un sentimiento propicia la emoción de dos maneras: en primer lugar, un sentimiento consiste en una disposición cognitiva a valorar un objetivo de una manera particular, de modo que la valoración se produce de manera similar a como se hace durante una emoción; un sentimiento puede entenderse como un conjunto de esquemas cognitivos en torno a una información sobre valoraciones, estos esquemas se actualizan continuamente reflejando un sentimiento. En segundo lugar, los sentimientos son disposiciones que favorecen que un objeto se canalice de manera rápida durante una emoción, constituyen motivaciones latentes que pueden mostrarse mediante la evitación anticipatorio de un objeto.

Para Greenberg (2003), el sentimiento supone un darse cuenta de las sensaciones básicas del afecto, es decir, conlleva la vivencia corporalmente sentida. El autor contempla dentro de los sentimientos, la categoría de *“sentimientos complejos”* considerando que éstos implican afectos que tienen que ver con el modo como uno se ve a sí mismo.

El concepto de emoción, según Palmero et al., se utiliza al menos de tres maneras diferentes: como síndrome, como estado emocional o como reacción emocional. Un *síndrome* emocional es lo que comúnmente se experimenta durante una emoción. Por *estado* entendemos una forma breve, reversible (episódica) en la que aparece una disposición a responder de una manera representativa que se corresponde al síndrome emocional. Por último, una *reacción* emocional es el conjunto actual, y altamente variable, de respuestas manifestadas por un individuo en un estado emocional; esas respuestas pueden incluir expresiones faciales, cambio fisiológicos, conductas manifiestas y experiencias subjetivas.

Según Greenberg, la experiencia consciente de las emociones humanas se da cuando las tendencias de acción y los estados emocionales coinciden con las situaciones que los evocan y el sí-mismo. Las emociones son experiencias que implican la integración de muchos niveles de procesamiento (Greenberg y Safran, 1987). Incluyen la experiencia de emociones diferenciadas del tipo del miedo, el enfado o la tristeza, las cuales poseen tendencias de acción y expresiones faciales concretas, así como de emociones más complejas tales como celos o el orgullo, que tienen que ver más con guiones o historias complejas. Las emociones dan significado personal a nuestra experiencia.

De esta manera, según Fernández-Abascal (2003), las emociones son procesos intensos, pero muy breves, el tono emocional de base es menos intenso pero más duradero, mientras que los sentimientos son impresiones pasajeras, apenas perceptibles. No obstante, el hecho de que la emoción se refiera a fenómenos transitorios, caracterizados por un rápido inicio y una duración muy reducida, no implica necesariamente la rápida transitoriedad de la experiencia emocional. La duración de la experiencia emocional o sentimiento no puede ser deducida a partir de la expresión emocional. Más bien, la duración de un sentimiento depende de diversas variables, tales como las cognitivas y las fisiológicas.

En el siguiente cuadro (Palmero, F. et al., 2002) apreciamos las características de diversos fenómenos y descriptores afectivos a los que nos hemos referido anteriormente:

TABLA 10.1.2: *Características de diversos fenómenos y descriptores afectivos*

	AFECTO	HUMOR O ESTADO DE ÁNIMO	EMOCIÓN	SENTIMIENTO
Grado de especificidad	Es el más general	Más específico que el afecto, pero menos que la emoción	Alta	Alta
Evolución filo y ontogenética	Primitivo	Más reciente		
Origen	General	Hechos relativamente próximos	Inmediato, próxima al acontecimiento que la provoca	Inmediato, muy próxima al suceso que lo activa
Posee tono o valencia	Sí (positivo o negativo) dentro de un continuo			
Posee intensidad	Sí (alta o baja) dentro de un continuo			
Duración	Muy duradero (semanas)	Intermedia (horas, días)	Corta (segundos, minutos)	Muy corta (segundos)
Objeto, antecedentes	Difuso-Global		Específico	
Carácter de la activación	Tónica		Fásica	

Por otra parte, el proceso emocional implica una condición especial de procesamiento de información, mediante la cual se pone en relación algo ya conocido o que se percibe en ese momento, con una escala de valores; análisis del cual depende tanto la cualidad como la intensidad de las emociones evocadas. Y, también, como consecuencia de tal procesamiento se producirá una apreciación subjetiva, cambios en la activación fisiológica, así como la posible movilización de comportamientos en relación con la propia valoración.

10.1.3 Funciones de las emociones

Según Fernández-Abascal y Chóliz (2001), todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Las principales funciones de las emociones, según Reeve (1994) son: la función adaptativa, la función social y la función motivacional. Estas funciones de las emociones tienen unos efectos como refleja Fernández-Abascal (2003) en la siguiente tabla:

TABLA 10.1.3.1. *Funciones de las emociones (Tomado de Fernández-Abascal, 2003).*

Función	Efecto
Adaptativa	Preparan al organismo para la acción.
Social	Comunican nuestro estado de ánimo.
Motivacional	Facilitan las conductas motivadas.

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. A esta función la denominamos “adaptativa”.

Plutchik (1980, citado en Fernández-Abascal, 2003) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en la siguiente tabla:

TABLA 10.1.3.2. *Funciones de las emociones y su lenguaje, según Plutchik (1980).*

Lenguaje subjetivo	Lenguaje funcional
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

En la función adaptativa hay que resaltar la importancia de la contribución de Darwin, quien la puso de manifiesto en primer lugar, argumentando que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada a cada situación. Esta función cobra especial relevancia en las seis emociones primarias, tal y como expone Fernández-Abascal (2003) en el siguiente cuadro:

TABLA 10.1.3.3. *Función adaptativa* (Tomado de Fernández-Abascal, 2003)

Emoción	Función adaptativa
Sorpresa	Exploración
Asco	Rechazo
Alegría	Afiliación
Miedo	Protección
Ira	Autodefensa
Tristeza	Reintegración

En cuanto a la función social, ésta se basa en la expresión, que tiene como finalidad comunicarnos y permitir a las personas predecir nuestros comportamientos. La expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Además, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

Izard (1989) destaca varias subfunciones dentro de la función social, como son:

- Facilitar la interacción social.
- Controlar la conducta de los demás.
- Permitir la comunicación de los estados afectivos
- Promover la conducta prosocial.

Por último, con respecto a la función motivacional de las emociones, podemos afirmar que las conductas motivadas producen reacciones emocionales y, a su vez, la emoción facilita la aparición de conductas motivadas (Fernández-Abascal, 2003).

10.1.4 Clasificación de las emociones

Podemos realizar diferentes clasificaciones de las emociones:

Emociones primarias y secundarias: Aunque hay diferentes propuestas sobre la clasificación de las emociones, la que mayor trascendencia y atractivo ha tenido, es la que proviene de la orientación evolucionista que propone la existencia de unas *emociones primarias*, que serían categorías emocionales primitivas – tanto filogenética como ontogenéticamente – de carácter universal y a partir de las cuales se desarrollarían las demás emociones o *emociones secundarias*.

Las *emociones primarias* aparecen ya en los primeros meses de vida. Estas emociones son la alegría, la tristeza, el miedo, el asco, la ira, la sorpresa. Cada una de estas emociones primarias se corresponde con una función adaptativa y, además, poseen condiciones desencadenantes específicas y distintivas para cada una de ellas, un procesamiento cognitivo propio, una experiencia subjetiva característica, una comunicación no verbal distintiva y un afrontamiento diferente. (Fernández-Abascal, 2003)

Las *emociones secundarias* son emociones que no derivan directamente de las primarias y son fruto de la socialización y del desarrollo de capacidades cognitivas. Estas emociones secundarias, también denominadas sociales, morales o autoconscientes, corresponden con la culpa, vergüenza, orgullo, celos, azoramiento, arrogancia, bochorno, etc.

Bisquerra (2002) hace una diferenciación entre emociones primarias y secundarias, a las que denomina “básicas” y “complejas”. Para el autor, las *emociones básicas* en general se caracterizan por:

- Una expresión facial característica.
- Una disposición típica de afrontamiento.

Por ejemplo, la forma impulsiva de afrontar el miedo es la huida; la de afrontar la ira es el ataque.

En cambio las *emociones complejas* presentan las siguientes características:

- Se derivan de las básicas, a veces por combinación entre ellas.
- No presentan rasgos faciales característicos.
- No presentan una tendencia particular a la acción.

Los celos, por ejemplo, son una emoción compleja cuya forma de afrontamiento puede ser muy distinta según las personas y circunstancias.

A continuación exponemos la rueda de las emociones de Plutchik donde aparecen reflejadas las ocho emociones a las que este autor hace referencia:

Imagen 10.1.4. La rueda de las emociones de Plutchik (Tomado de Plutchik, 1980)



A continuación presentamos un cuadro comparativo con las propuestas más representativas de clasificación de las emociones (Bisquerra, 2002):

TABLA 10.1.4.1. Clasificación de las emociones según Bisquerra (2002)

Autor	Criterio clasificatorio	Emociones básicas
Arnold (1969)	Afrontamiento	Amor, aversión, desaliento, deseo, desesperación, esperanza, ira, miedo, odio, tristeza, valor.
Ekman, Friesen y Ellsworth (1982)	Expresión facial	Ira, júbilo, miedo, repugnancia, sorpresa, tristeza.
Fernández-Abascal (1997)	Emociones básicas principales	Miedo, ira, ansiedad, asco, tristeza, hostilidad, sorpresa, felicidad, humor, amor.
Goleman (1995)	Emociones primarias y sus "familiares"	Ira, tristeza, miedo, alegría, amor, sorpresa, aversión, vergüenza.
Izard (1991)	Procesamiento	Alegría, ansiedad, culpa, desprecio, disgusto, excitación, ira, miedo, sorpresa, vergüenza.
Lazarus (1991)	Cognitivo	Ira, ansiedad, vergüenza, tristeza, envidia, disgusto, felicidad/alegría, estar orgulloso, amor/afecto, alivio, esperanza, compasión y emociones estéticas.
McDougall (1926)	Relación con instintos	Asombro, euforia, ira, miedo, repugnancia, sometimiento, ternura.
Mowrer (1960)	Innatos	Dolor, placer.
Oatley y Johnson-Laird (1987)	Sin contenido proporcional	Felicidad, ira, miedo, repugnancia, tristeza.
Plutchik (1980)	Adaptación biológica	Aceptación, alegría, expectación, ira, miedo, repugnancia, sorpresa, tristeza.
Tomkins (1984)	Descarga nerviosa	Ansiedad, desprecio, interés, ira, júbilo, miedo, repugnancia sorpresa, vergüenza.
Weiner (1986)	Independencia atribucional	Culpabilidad, desesperanza, felicidad, ira, sorpresa, tristeza.

Sin embargo, como se puede apreciar, no hay un criterio claro entre los diferentes autores de cuáles son las emociones básicas. Tal y como expone Bisquerra (2002), se puede observar que en la tabla anterior las emociones básicas citadas con más frecuencia son: ira, miedo, tristeza, aversión, sorpresa, alegría, ansiedad, amor, felicidad, vergüenza, disgusto, esperanza, compasión, culpa, desprecio.

Por su parte, Greenberg (2003), elabora otra clasificación refiriéndose a la evaluación de las emociones:

TABLA 10.1.4.2. *Principales categorías (Greenberg, 2003)*

Emociones	Tipo	Categorías	Características
Emociones Primarias	Adaptativas	Emociones discretas	Tristeza ante la pérdida. Enfado ante la violación. Miedo ante la amenaza.
		Sentimientos y sensaciones corporalmente sentidos	“Controlando la situación” Inseguro
		Dolor emocional	Roto Herido
	Desadaptativas	Emociones y sentimientos	Miedo ante el logro Miedo al bienestar
		Sentimientos complejos	Sentirse falto de valía (vergüenza) Sentirse inseguro (miedo)
Emociones secundarias	Desadaptativas	Sentimientos de “malestar”	Indefensión Desesperanza Rabia Desesperación
	Otras	Sentimientos complejos	Orgullo Humildad
Emociones instrumentales	Desadaptativas	Disfuncionales	Lágrimas de cocodrilo Enfadarse para dominar
	Otras	Rol social	Indignación moral Sentirse azorado/abochornado

Emociones positivas versus negativas: Según Fernández-Abascal (2003), las emociones positivas son las emociones agradables, que se experimentan cuando se alcanza una meta.

Las emociones negativas son desagradables y se experimentan cuando se bloquea una meta, se produce una amenaza o sucede una pérdida. Estas emociones requieren energías y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente. El afrontamiento consiste en el disfrute y bienestar que proporciona la emoción. (Bisquerra, 2002).

En las emociones positivas es menos probable que se necesite la revisión de planes y otras operaciones cognitivas, por esta razón se podría esperar que las emociones negativas sean más prolongadas en el tiempo que las positivas.

De esta forma, las emociones positivas y las negativas, además de en su desigual duración, también se diferencian con respecto a la necesidad y urgencia de movilizar afrontamientos. Ya que es en las emociones negativas en las que no se alcanza una meta, en las únicas que es urgente movilizar planes para intentar conseguir la citada meta; cosa que no ocurre en las positivas, frente a las cuales, y dada la brevedad, solo nos queda el recuerdo como forma de prolongar sus efectos gratificantes. Por otra parte, muchas emociones no son totalmente negativas o positivas, sino que poseen en un cierto grado cualidades de ambas dimensiones.

Además, existe otra categoría que se denomina “emociones ambiguas” (Bisquerra,) , “borderline” (Lazarus, 1991) o “neutras” (Fernández-Abascal, 1997) y que comprende aquellas que no se pueden considerar como negativas o positivas como, por ejemplo, la sorpresa.

Lazarus (1991) hace una propuesta provisional de clasificación que Bisquerra (2002) esquematiza en los siguientes términos:

TABLA 10.1.4.3. *Clasificación de las emociones de Lazarus*

<p>1. <i>Emociones negativas</i>: son el resultado de una evaluación desfavorable (incongruencia) respecto de los propios objetivos. Se refieren a diversas formas de amenaza, frustración o retraso de un objetivo o conflicto entre objetivos. Incluyen la ira, susto-ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza, envidia-celos, disgusto.</p>
<p>2. <i>Emociones positivas</i>: son el resultado de una evaluación favorable (congruencia) respecto al logro de objetivos o acercarse a ellos. Incluyen felicidad/alegría, estar orgulloso, amor/afecto, alivio.</p>
<p>3. <i>Emociones borderline</i>: su estatus es equívoco. Incluyen esperanza, compasión (empatía/simpatía) y emociones estéticas.</p>
<p>4. <i>No emociones</i>: a menudo son consideradas como emociones por sus implicaciones que tienen con ellas, pero no lo son.</p>

Otro intento de clasificación, lo realiza Bisquerra (2002) desde la perspectiva de la educación emocional. Por ello, se ha tratado de incluir el mayor número posible de emociones positivas. Esta clasificación se basa en las siguientes categorías de emociones y en sus correspondientes familiares (clusters)⁵:

⁵ Las familias de emociones (clusters) son conjuntos de emociones de la misma especie.

TABLA 10.1.4.4. Clasificación de las emociones de Bisquerra (2002)

Clasificación de las emociones de Bisquerra (2002)	
1. Emociones negativas:	<ul style="list-style-type: none"> • Ira: Rabia, cólera, rencor, odio, furia, indignación, resentimiento, aversión, exasperación, tensión, excitación, agitación, acritud, animadversión, animosidad, irritabilidad, hostilidad, violencia, enojo, celos, envidia, impotencia. • Miedo: Temor, horror, pánico, terror, pavor, desasosiego, susto, fobia. • Ansiedad: Angustia, desesperación, inquietud, estrés, preocupación, anhelo, desazón, consternación, nerviosismo. • Tristeza: Depresión, frustración, decepción, aflicción, pena, dolor, pesar, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desgana, morriña, abatimiento, disgusto, preocupación. • Vergüenza: Culpabilidad, timidez, inseguridad, vergüenza ajena, bochorno, pudor, recato, rubor, sonrojo, verecundia. • Aversión: Hostilidad, desprecia, acritud, animosidad, antipatía, resentimiento, rechazo, recelo, asco, repugnancia.
2. Emociones positivas:	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría: Entusiasmo, euforia, excitación, contento, deleite, diversión, placer, estremecimiento, gratificación, satisfacción, capricho, éxtasis, alivio, regocijo. • Humor: (Provoca: sonrisa, risa, carcajada, hilaridad). • Amor: Afecto, cariño, ternura, simpatía, empatía, aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, respeto, devoción, adoración, veneración, enamoramiento, ágape, gratitud. • Felicidad: Gozo, tranquilidad, paz interior, dicha, placidez, satisfacción, bienestar.
3. Emociones ambiguas:	<p><i>sorpresa, melancolía, esperanza, compasión.</i></p>

Para nosotros, no es muy adecuado el uso taxonómico de "emociones positivas" y "emociones negativas", pues consideramos que todas son positivas en cuanto que permiten informar a la persona de algo que es importante para ella, y además le permiten adaptar su conducta al contexto. Preferimos hablar de "emociones agradables" y "emociones desagradables". Lo que consideramos "negativo" es el desbordamiento yoyico de las emociones, es decir, el exceso de intensidad emocional. Si la persona pierde el control yoyico de sus emociones se sentirá como arrastrado por éstas, sin capacidad de reajuste. Y en el caso de las emociones desagradables, podrá activarse la angustia como sensación física, y con ella, los diferentes *mecanismos de defensa automáticos* que tratan de reducirla: represión, negación, reacción a lo contrario, proyección, etc. Por último, queremos reseñar que hay emociones agradables que no son saludables, por ejemplo, la euforia producida por la heroína. Y emociones desagradables que sí son saludables, como por ejemplo, la tristeza experimentada al tomar conciencia de haber estado intentando mantener una imagen falsa de uno mismo/a. Esa tristeza estaría al servicio de la reintegración del yo del sujeto.

10.1.5 Otros conceptos importantes del área socio-emocional

Otros conceptos que se han tomado como referencia para la configuración de los bloques de contenido de esta área han sido los siguientes:

- Conciencia emocional: Según Soldevila (2002), *“la conciencia emocional consiste en el conocimiento de las propias emociones, del reconocimiento de las emociones y sentimientos de los demás y de cómo expresamos o se expresan las emociones a través del lenguaje verbal y no verbal”*.
- Autovaloración y autoeficacia percibida: La autovaloración es la conciencia que tenemos de nosotros mismos, acerca de nuestras necesidades, habilidades, motivaciones... y la autoeficacia percibida es la percepción que tiene cada persona de su propia eficacia, es decir, de su conciencia de ser capaz de hacer las cosas bien.
- Autorregulación emocional: Se refiere al control de las propias emociones. Según Soldevila, *“la respuesta apropiada a cada estado emocional”*.

- Habilidades socio-emocionales: Según Luca de Tena, Rodríguez y Sureda (2001), se entiende por habilidad social: *“un comportamiento o tipo de pensamiento que lleva a resolver la situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está. Las deficiencias en las habilidades sociales constituyen buena parte de las causas de la mayoría de conflictos interpersonales”*.
- Necesidades socio-emocionales: Al emplear el término de Necesidades socio-emocionales nos estamos refiriendo a la conciencia que la persona tiene de las necesidades de sí misma y de las características que la hacen diferente a los demás, es decir, a su identidad personal. Nos vamos a basar en el marco teórico que ofrece la Teoría Psicosocial de Erikson. En la siguiente tabla se puede apreciar un resumen de los 8 binomios que articulan según este autor el desarrollo socio-emocional del yo a lo largo del ciclo vital:

TABLA 10.1.5. Binomios de las etapas evolutivas según la Teoría Psicosocial de Erikson

Etapas evolutivas	Momento de máxima activación	BINOMIO	
1ª	Nacimiento a 1 año	Confianza básica (el yo "se vincula")	vs. Desconfianza básica
2ª	1 a 3 años	Autonomía (el yo "se mueve y explora")	vs. Vergüenza/duda, inhibición sensoriomotriz
3ª	3 a 7 años	Iniciativa (el yo "se comunica y relaciona")	vs. Sentimiento de culpa, inhibición comunicativa
4ª	6 a pubertad	Industria, productividad (el yo "hace")	vs. Sentimiento de inferioridad (p.ej. escolar, etc.)
5ª	Adolescencia	Identidad del yo (el yo "se hace hombre o mujer")	vs. Confusión de rol
6ª	Adulthood Temprana	Intimidad (el yo "cuida los sentimientos auténticos propios y de otros")	vs. Aislamiento
7ª	Adulthood Media	Generatividad (el yo "guía a otros, se compromete con otros")	vs. Estancamiento
8ª	Tercera Edad	Integridad del yo (el yo "integra las vivencias vitales")	vs. Desesperación

10.2 El área socio-emocional en las personas mayores.

Las personas mayores sienten, expresan, autorregulan sus emociones, etc. Sus competencias socioemocionales, al igual que otras competencias, pueden ser entrenadas principalmente para prevenir futuros problemas conductuales y para mejorar su bienestar personal y, con ello, su calidad de vida.

10.2.1 Importancia de la evaluación del área socio-emocional

Algunos de los modelos iniciales sobre emoción y envejecimiento postulaban que las emociones en el envejecimiento seguirían el mismo curso que el deterioro cognitivo y biológico, aunque no se había demostrado a través de investigación empírica. Sin embargo, estudios basados en poblaciones psiquiátricas empezaban a revelar que había un índice bajo de depresiones y ansiedad en personas mayores, a diferencia de otras edades (George, Blazer, Winfield-Laird, Leaf, & Fischback, 1988; Regier et al., 1988; Weissman, Leaf, Bruce, & Florio, 1988). Otros estudios encontraron que el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida presentaban niveles más altos en personas mayores que en gente joven (Diener et. al, 1999).

10.2.2 Características sociales y emocionales en el envejecimiento.

Carstensen (1991) formuló la Teoría de la Selectividad Socio-Emocional que explica que el contacto social declina con la edad debido a una selectividad emocional. Las personas mayores eliminan de su entorno social las relaciones irrelevantes y mantienen las más significativas. Por otra parte, según la autora, con el aumento de la edad también se produce un incremento de la experiencia subjetiva y una mejor regulación emocional.

Según Márquez González (2010) existen dos enfoques diferentes en el estudio de las emociones en el envejecimiento que las analizan como:

- Variables predictoras y mediadoras de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores. Desde este enfoque, interesa el papel de las diferentes emociones, así como el nivel real de autorregulación, ya que son factores que correlacionan con el envejecimiento saludable.

- Variables de resultado o componentes de la experiencia de bienestar de las personas mayores, con características diferenciales con respecto a la experiencia emocional en otras edades. Desde este enfoque, las emociones son consideradas como indicadores fundamentales para el envejecimiento activo y saludable.

10.2.3 Importancia del desarrollo del área socio-emocional

Según Márquez González (2010), *“las personas mayores de nuestro contexto podrían beneficiarse en gran medida de programas de educación emocional”*. Márquez-González, Izal, Montorio y Losada añaden que *“muchas personas mayores presentan importantes dificultades para atender y discriminar las emociones que están sintiendo, darles un nombre o regularlas de forma adecuada, y parecen inhibir más la expresión de sus emociones”*. En personas con Enfermedad de Alzheimer aún son más notorias estas dificultades. Los programas de Educación o Desarrollo Socio-Emocional pueden contribuir a mantener o mejorar las competencias socio-emocionales de estas personas.

Márquez-González (2008) ha desarrollado el modelo ACERCAR para la actuación sobre las emociones de las personas mayores. Este modelo intenta ser una guía para el diseño y desarrollo de actuaciones que mejoren la vida emocional de las personas mayores. Los aspectos más importantes de este modelo se resumen en el siguiente esquema:

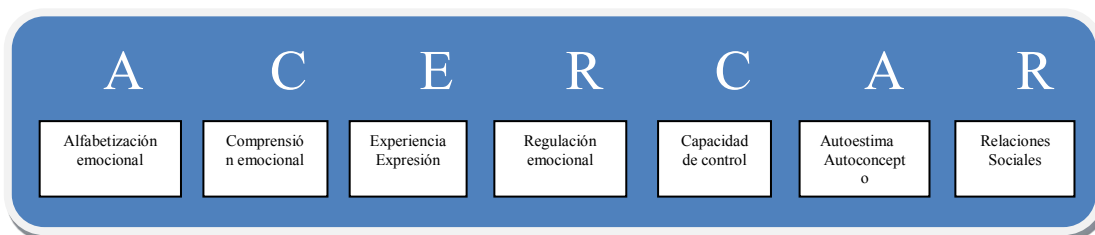


Figura 1. Modelo ACERCAR. Tomado de Márquez-González (2008)

Bisquerra (2000) definió la educación emocional como *“el proceso educativo, continuo y permanente a través del cual se potencia el desarrollo emocional de las personas, complemento fundamental de su desarrollo cognitivo, siendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ello, es necesaria la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes sobre las emociones, de cara a capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana, optimizando su bienestar personal y social”*.

10.3 El área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer

El desarrollo de las habilidades socio-emocionales en personas con Enfermedad de Alzheimer permite, en fases iniciales y moderadas de la enfermedad, un mejor afrontamiento y aceptación de la enfermedad y una mejora en su bienestar personal y social, reduciendo considerablemente la sintomatología depresiva y de ansiedad, así como los problemas conductuales.

Como ya comentamos en el capítulo 2 de la presente obra, existen muchas evidencias de la eficacia de la Musicoterapia para la atención a las variables socio-emocionales y conductuales de los personas con Enfermedad de Alzheimer. Algunos de estos estudios de investigación analizan el efecto de la musicoterapia en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (BPSD) (Raglio, 2008). O de alguno de ellos, como el estudio de investigación de Guetin, por ejemplo, que analiza el impacto de la musicoterapia en la ansiedad, en la depresión de personas con Enfermedad de Alzheimer y en el sentimiento de estrés, de estar “quemado” de los cuidadores. Otros estudios como la investigación de de Ledger y Baker (2007), sugieren que la intervención musicoterapéutica a largo plazo reduce los niveles de agitación de las personas con Enfermedad de Alzheimer. Estos factores y otros repercuten en el bienestar tanto de las personas con Enfermedad de Alzheimer como de sus familiares: (Cohen, D. Eisdorfer, C., Gorelick, P, Pavez, G., Luchins, D. J. Freels, S., Ashford, J. W, Semla, X., Levy, P., Hirshman, R.,1993), (Brotons M, & Pickett-Cooper, 1996), (Clair A (1996), (Radocy, R. & Boyle, J. D., 1997), (Bonanomi, C, & Gerosa, M. C., 2002), (Takahashi, T. Matsushita, H., 2006), (Sung HC, Chang AM, Abbey J., 2006), (Ledger AJ, Baker FA., 2007), (Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D,Trabucchi M., 2008), (Massimi M, Berry E, Browne G, Smyth G, Watson P, Baecker RM., 2008), (Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J. 2009).

10.4 La musicoterapia para el desarrollo del área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Uno de los contextos donde la Musicoterapia está cada vez más extendida es el geriátrico. La Asociación Americana de Musicoterapia (American Music Therapy Association – AMTA) presenta algunos de los objetivos más importantes que se han de tener en cuenta en el trabajo en el ámbito geriátrico. Los objetivos que sugiere la AMTA relacionados con el área socio-emocional son los siguientes:

- Establecer y/o mantener la conciencia e interacción social: La música favorece el sentimiento de pertenencia a un grupo o comunidad. Por ejemplo, cuando se canta en grupo o se utiliza material sonoro conocido suele surgir el ímpetu de establecer conciencia e interacción social. De esta manera, la intervención musicoterapéutica puede prevenir el aislamiento social y la depresión.
- Facilitar la reminiscencia, la revisión de vida y la validación de las experiencias de vida: A través de asociaciones musicales podemos facilitar la reminiscencia y la revisión de vida. Esto es especialmente importante en personas con demencia quienes presentan dificultades para recordar aspectos de forma independiente. La Musicoterapia puede contribuir en el mantenimiento o mejora de su identidad personal a través de la evocación de acontecimientos de su vida vinculados a la música. La validación de esas experiencias de vida y de las emociones asociadas a ellos puede ayudar a resolver conflictos y aliviar sentimientos de ansiedad y depresión.
- Reducir comportamientos agresivos y deambulación: La música puede ser utilizada con un alto grado de efectividad para cambiar o redirigir estados afectivos y disminuir la ansiedad o la agitación de los participantes. La estructura inherente en la música y en las sesiones de musicoterapia puede ser un controlador externo positivo para la agresividad o la deambulación. El uso de la música puede favorecer la atención y el mantenimiento de la participación en una tarea o actividad.

- Ofrecer oportunidades de expresión de uno mismo: En Musicoterapia el participante tiene la oportunidad de expresarse de forma verbal o no verbal. La Musicoterapia puede servir de catalizador para derrumbar las barreras que inhiben la expresión de uno mismo. Además, la Musicoterapia facilita la comunicación abierta y la creatividad.
- Aumentar la autoestima: Los programas de Musicoterapia ofrecen oportunidades de tener experiencias de éxito y con ello incrementar la autoestima. Las experiencias son diseñadas poniendo el acento en las cualidades positivas y únicas de cada participante y teniendo en cuenta sus preferencias, favoreciendo con ello sentimientos de autoconfianza, autoeficacia y bienestar subjetivo. La música además proporciona un sentido de normalidad y diversión dentro del proceso terapéutico.

Según Del Moral y Mateos (CEAFA, 2009), en la intervención musicoterapéutica con personas con Enfermedad de Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer) se tiene principalmente en cuenta las necesidades socio-emocionales de estas personas. A través del establecimiento de un vínculo afectivo con cada uno de los participantes y facilitando un encuadre para que se sientan seguros, el musicoterapeuta intenta activar en ellos diferentes capacidades.

10.5 La evaluación musicoterapéutica del área socio-emocional.

10.5.1 La evaluación tradicional del área socio-emocional en las personas con Enfermedad de Alzheimer.

En la evaluación tradicional relacionada con esta área se pueden encontrar algunos instrumentos estandarizados de evaluación. No obstante, la mayoría de ellos se han basado en la medición de carencias o patologías relacionadas con esta área. Son escasos o apenas existen instrumentos que se centren en evaluar capacidades o competencias socio-emocionales en personas con Enfermedad de Alzheimer.

10.5.2 La evaluación musicoterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer: La aportación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

Al no haber apenas instrumentos que aborden la evaluación de capacidades o competencias socio-emocionales en personas con Enfermedad de Alzheimer, se hacía muy necesario, especialmente para poder realizar una adecuada evaluación musicoterapéutica, la construcción de un instrumento de evaluación que permitiese valorar las competencias o capacidades socio-emocionales de las personas con Enfermedad de Alzheimer. Además, un instrumento de estas características ayuda al musicoterapeuta a establecer objetivos prioritarios centrados en las necesidades socio-emocionales de la persona con Enfermedad de Alzheimer para el tratamiento, así como favorece la revisión continua de las capacidades o competencias socio-emocionales.

La evaluación musicoterapéutica del área socio-emocional se ha articulado en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias mediante ocho partes principales, las subáreas, que son complementarias entre sí:

- Expresión emocional
- Identificación de los estados emocionales
- Contextualización de los estados emocionales
- Autorregulación emocional
- Motivación
- Auto percepción
- Habilidades socio-emocionales
- Identidad personal: Necesidades socio-emocionales del yo en el ciclo vital.

10.5.3 Articulación del área socio-emocional en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

El área socio-emocional en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias también se articula el desarrollo mediante un criterio jerárquico de más amplio a más concreto. Es decir, dentro del área se incluyen subáreas con sus correspondientes dimensiones. Cada dimensión contiene sus ítems específicos. La estructura del área queda reflejada en la siguiente tabla:

TABLA 10.5.3. *Área Socio-Emocional del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.*

SUBÁREAS	DIMENSIONES DE LAS SUBÁREAS	Ítems
Expresión emocional	Expresión de emociones agradables	4
	Expresión de emociones ambiguas	4
	Expresión de emociones desagradables	9
Identificación de los estados emocionales	Identificación de los propios estados emocionales	17
	Identificación de emociones de los demás	17
Contextualización de los estados emocionales	Contextualización de los propios estados emocionales	17
	Contextualización de emociones de los demás	17
Autorregulación emocional	Autorregulación de emociones agradables	4
	Autorregulación de emociones ambiguas	4
	Autorregulación de emociones desagradables	9
Motivación	Motivación extrínseca	3
	Motivación intrínseca	2
Autopercepción	Autoconcepto positivo	2
	Autoestima	2
	Autoeficacia percibida	2
Habilidades socio-emocionales	Tener actitud prosocial	7
	Respeto de turnos	2
	Pedir ayuda	2
	Hacer críticas constructivas	2
	Aceptar la crítica	2
	Pedir perdón	2
	Perdonar	2
	Empatizar	2
	Agradecer	2
	Aceptar su cuerpo en relación con los demás.	6
	Apreciar el sentido del humor	4
	Liderar	4
Identidad personal	Conciencia de las necesidades del sí mismo	8
	Aceptación de las carencias del sí mismo	8

1. EXPRESIÓN EMOCIONAL.

La expresión emocional se refiere a la manifestación de las vivencias emocionales por parte de las personas, con una finalidad adaptativa.

1.1. Expresión de emociones agradables: Es la capacidad de manifestar las emociones agradables con la intención de darlas a conocer a otros y/o a uno mismo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.1. Expresión de emociones agradables

Código	Ítems
SE.1.1.a	Es capaz de expresar alegría
SE.1.1.b	Es capaz de expresar entusiasmo / euforia
SE.1.1.c	Es capaz de expresar amor
SE.1.1.d	Es capaz de expresar felicidad

1.2. Expresión de emociones ambiguas: Es la capacidad de manifestar las emociones ambiguas con la intención de darlas a conocer a otros y/o a uno mismo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.2. Expresión de emociones ambiguas

Código	Ítems
SE.1. .a	Es capaz de expresar sorpresa
SE.1. .b	Es capaz de expresar melancolía
SE.1. .c	Es capaz de expresar esperanza
SE.1. .d	Es capaz de expresar compasión

1.3. Expresión de emociones desagradables: Es la capacidad de manifestar las emociones desagradables con la intención de darlas a conocer a otros y/o a uno mismo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.3. Expresión de emociones desagradables

Código	Ítems
SE.1.3.a	Es capaz de expresar asco / aversión
SE.1.3.b	Es capaz de expresar tristeza
SE.1.3.c	Es capaz de expresar enfado / ira
SE.1.3.d	Es capaz de expresar miedo
SE.1.3.e	Es capaz de expresar ansiedad
SE.1.3.f	Es capaz de expresar vergüenza
SE.1.3.g	Es capaz de expresar culpa
SE.1.3.h	Es capaz de expresar celos
SE.1.3.i	Es capaz de expresar envidia

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES.

La identificación de los estados emocionales es un concepto referido a la capacidad de activar la conciencia emocional, en uno mismo y/o en los demás.

2.1. Identificación de los propios estados emocionales: Es la capacidad de capacidad de activar la conciencia emocional en uno mismo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.4. Identificación de los propios estados emocionales

Código	Ítems
SE. .1.a	Es capaz de detectar la alegría en sí mismo
SE. .1.b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en sí mismo
SE. .1.c	Es capaz de detectar el amor en sí mismo
SE. .1.d	Es capaz de detectar la felicidad en sí mismo
SE. .1.e	Es capaz de detectar la sorpresa en sí mismo
SE. .1.f	Es capaz de detectar la melancolía en sí mismo
SE. .1.g	Es capaz de detectar la esperanza en sí mismo
SE. .1.h	Es capaz de detectar la compasión en sí mismo
SE. .1.i	Es capaz de detectar el asco / aversión en sí mismo
SE. .1.j	Es capaz de detectar la tristeza en sí mismo
SE. .1.k	Es capaz de detectar el enfado / la ira en sí mismo
SE. .1.l	Es capaz de detectar el miedo en sí mismo
SE. .1.m	Es capaz de detectar la ansiedad en sí mismo
SE. .1.n	Es capaz de detectar la vergüenza en sí mismo
SE. .1.ñ	Es capaz de detectar la culpa en sí mismo
SE. .1.o	Es capaz de detectar los celos en sí mismo
SE. .1.p	Es capaz de detectar la envidia en sí mismo

2.2. Identificación de emociones de los demás: Es la capacidad de activar la propia conciencia y detectar las emociones que pueden estar experimentando los demás. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.5. Identificación de emociones de los demás

Código	Ítems
SE. . .a	Es capaz de detectar alegría en los otros
SE. . .b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en los otros
SE. . .c	Es capaz de detectar amor en los otros
SE. . .d	Es capaz de detectar felicidad en los otros
SE. . .e	Es capaz de detectar sorpresa en los otros
SE. . .f	Es capaz de detectar melancolía en los otros
SE. . .g	Es capaz de detectar esperanza en los otros
SE. . .h	Es capaz de detectar compasión en los otros
SE. . .i	Es capaz de detectar asco / aversión en los otros
SE. . .j	Es capaz de detectar tristeza en los otros
SE. . .k	Es capaz de detectar enfado / ira en los otros
SE. . .l	Es capaz de detectar miedo en los otros
SE. . .m	Es capaz de detectar ansiedad en los otros
SE. . .n	Es capaz de detectar vergüenza en los otros
SE. . .ñ	Es capaz de detectar culpa en los otros
SE. . .o	Es capaz de detectar celos en los otros
SE. . .p	Es capaz de detectar envidia en los otros

3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES.

La contextualización de los estados emocionales es un concepto referido a la capacidad de entender el sentido y el valor de las propias emociones y de las de los demás, en función de cada situación.

3.1. Contextualización de los propios estados emocionales: Es la capacidad de entender el sentido y el valor de las propias emociones en función de la situación. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.6. Contextualización de los propios estados emocionales

Código	Ítems
SE.3.1.a	Es capaz de contextualizar su alegría
SE.3.1.b	Es capaz de contextualizar su entusiasmo/ euforia
SE.3.1.c	Es capaz de contextualizar su amor
SE.3.1.d	Es capaz de contextualizar su felicidad
SE.3.1.e	Es capaz de contextualizar su sorpresa
SE.3.1.f	Es capaz de contextualizar su melancolía
SE.3.1.g	Es capaz de contextualizar su esperanza
SE.3.1.h	Es capaz de contextualizar su compasión
SE.3.1.i	Es capaz de contextualizar su asco / aversión
SE.3.1.j	Es capaz de contextualizar su tristeza
SE.3.1.k	Es capaz de contextualizar su enfado / ira
SE.3.1.l	Es capaz de contextualizar su miedo
SE.3.1.m	Es capaz de contextualizar su ansiedad
SE.3.1.n	Es capaz de contextualizar su vergüenza
SE.3.1.ñ	Es capaz de contextualizar su culpa
SE.3.1.o	Es capaz de contextualizar su celos
SE.3.1.p	Es capaz de contextualizar su envidia

3.2. Contextualización de emociones de los demás: Es la capacidad de entender el sentido y el valor de las emociones de los demás en función de cada situación. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.7. Contextualización de los estados emocionales de los demás

Código	Ítems
SE.3. .a	Es capaz de contextualizar la alegría de los demás
SE.3. .b	Es capaz de contextualizar el entusiasmo/ euforia de los demás
SE.3. .c	Es capaz de contextualizar el amor de los demás
SE.3. .d	Es capaz de contextualizar la felicidad de los demás
SE.3. .e	Es capaz de contextualizar la sorpresa de los demás
SE.3. .f	Es capaz de contextualizar la melancolía de los demás
SE.3. .g	Es capaz de contextualizar la esperanza de los demás
SE.3. .h	Es capaz de contextualizar la compasión de los demás
SE.3. .i	Es capaz de contextualizar el asco / aversión de los demás
SE.3. .j	Es capaz de contextualizar la tristeza de los demás
SE.3. .k	Es capaz de contextualizar el enfado / ira de los demás
SE.3. .l	Es capaz de contextualizar el miedo de los demás
SE.3. .m	Es capaz de contextualizar la ansiedad de los demás
SE.3. .n	Es capaz de contextualizar la vergüenza de los demás
SE.3. .ñ	Es capaz de contextualizar la culpa de los demás
SE.3. .o	Es capaz de contextualizar los celos de los demás
SE.3. .p	Es capaz de contextualizar la envidia de los demás

4. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL.

La autorregulación emocional es un concepto referido a la capacidad que tiene una persona para mantener el control y para redirigir sus propias emociones.

4.1. Autorregulación de emociones agradables: Es la capacidad que tiene una persona para mantener el control y para redirigir las propias emociones que producen bienestar. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.8. Autorregulación de emociones agradables

Código	Ítems
SE.4.1.a	Es capaz de autorregular alegría
SE. 4.1.b	Es capaz de autorregular entusiasmo / euforia
SE. 4.1.c	Es capaz de autorregular amor
SE. 4.1.d	Es capaz de autorregular felicidad

4.2. Autorregulación de emociones ambiguas: Es la capacidad que tiene una persona para mantener el control y para redirigir las propias emociones que son en parte agradables y en parte desagradables. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.9. Autorregulación de emociones ambiguas

Código	Ítems
SE. 4. .a	Es capaz de autorregular su sorpresa
SE. 4. .b	Es capaz de autorregular su melancolía
SE. 4. .c	Es capaz de autorregular esperanza
SE. 4. .d	Es capaz de autorregular compasión

4.3. Autorregulación de emociones desagradables: Es la capacidad que tiene una persona para mantener el control y para redirigir las propias emociones que producen malestar. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.10. Autorregulación de emociones desagradables

Código	Ítems
SE.4.3.a	Es capaz de autorregular su asco / aversión
SE.4.3.b	Es capaz de autorregular su tristeza
SE. 4.3.c	Es capaz de autorregular su enfado / ira
SE. 4.3.d	Es capaz de autorregular su miedo
SE. 4.3.e	Es capaz de autorregular su ansiedad
SE. 4.3.f	Es capaz de autorregular su vergüenza
SE. 4.3.g	Es capaz de autorregular su culpa
SE. 4.3.h	Es capaz de autorregular sus celos
SE. 4.3.i	Es capaz de autorregular su envidia

5. MOTIVACIÓN.

La motivación en psicología, en términos generales, es un concepto referido a todo lo que mueve a la acción a una persona, y a mantenerse en su empeño hasta conseguir las metas que se había propuesto. Está relacionada con la propia voluntad y también con los elementos externos que pueden suscitar el interés, la curiosidad, o la satisfacción de necesidades personales.

5.1. Motivación extrínseca: Es la capacidad de animarse a realizar una actividad por el hecho de recibir una recompensa o evitar una experiencia aversiva (externa o interna). Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.11. Motivación extrínseca

Código	Ítems
SE.5.1.a	Realiza o participa en la actividad si percibe que el musicoterapeuta le va a valorar su esfuerzo
SE.5.1.b	Participa en las actividades por competitividad (ser mejor que otro participante)
SE.5.1.c	Participa en las actividades por auto-obligación moral (obediencia a las figuras de autoridad y/o a valores).

5.2. Motivación intrínseca: Es la capacidad de realizar una actividad por la satisfacción que le genera el mismo hecho de hacerla. Aquí el foco de atención motivacional está dentro de la persona: interés/curiosidad, autoexploración, autoconocimiento, etc. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.12. Motivación intrínseca

Código	Ítems
SE.5. .a	Participa en las actividades porque le suscitan interés, curiosidad.
SE.5. .b	Participa en las actividades por crecimiento personal (autoexploración, autoconocimiento).

6. AUTOPERCEPCIÓN.

La autopercepción es un concepto que empleamos para incluir a otros tres conceptos referidos a la percepción del yo: el autoconcepto positivo, la autoestima y la autoeficacia percibida.

6.1. Autoconcepto positivo: Es la capacidad de tener una imagen positiva de sí mismo. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.13. Autoconcepto positivo

Código	Ítems
SE. .1.a	Es capaz de hablar de sí mismo/a (tiene conocimientos sobre sí mismo/a)
SE. .1.b	Es capaz de tratarse bien cuando habla de sí mismo/a (tiene una actitud positiva sobre sí mismo/a), realizando comentarios positivos sobre sí mismo/a.

6.2. Autoestima: Es la capacidad valorarse a sí mismo de forma positiva y de ajustar dicha percepción a las evidencias de la realidad diaria. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.14. Autoestima

Código	Ítems
SE. . .a	Es capa de tener habitualmente una valoración positiva de su personalidad
SE. . .b	Es capa de ajustar su auto-percepción positiva a las evidencias de su realidad diaria.

6.3. Autoeficacia percibida: Es la capacidad que tiene una persona de percibirse capaz de hacer cosas bien. Según Bandura es “*la estimación que hace una persona de su propia eficacia para realizar una tarea y/o alcanzar una determinada meta*” (Bandura, 1986 y 1997). Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.15. Autoeficacia percibida

Código	Ítems
SE. .3.a	Expresa satisfacción o reali a comentarios positivos sobre sí mismo/a por una o varias tareas reali ad as previamente (se percibe capa)
SE. .3.b	Expresa satisfacción o reali a comentarios positivos sobre sí mismo en relación a una o varias tareas nuevas (se percibe capa)

7. HABILIDADES SOCIO-EMOCIONALES.

Las habilidades socio-emocionales engloban a un conjunto de competencias de inteligencia emocional *interpersonal*, y que en gran parte se pueden llevar a cabo por disponer de las competencias de inteligencia emocional *intrapersonal* expuestas hasta ahora: expresión, identificación, contextualización y autorregulación emocional; motivación y autopercepción positiva.

7.1. Tener actitud prosocial: Es la capacidad de orientar la propia actitud hacia la ayuda a otras personas y búsqueda de su bienestar. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.16. Tener actitud prosocial

Código	Ítems
SE.7.1.a	Realiza comentarios positivos sobre la/s tarea/s
SE.7.1.b	Realiza comentarios positivos sobre los otros participantes
SE.7.1.c	Realiza comentarios positivos sobre el/la musicoterapeuta
SE.7.1.d	Respeto los diferentes gustos estéticos de los otros participantes
SE.7.1.e	Muestra una actitud de ayuda o colaboración hacia los demás.
SE.7.1.f	Muestra una actitud de escucha (atiende a las verbalizaciones de los demás / mantiene la escucha en las actividades musicales)
SE.7.1.g	Se interesa activamente por las cosas que les preocupan a los demás.

7.2. Respetar turnos: Es la capacidad de aceptar los tiempos de comunicación del resto de personas de un grupo. Implica no solamente respetar el procedimiento de alternancia en la toma de la palabra sino también la escucha a los otros. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.17. Respetar turnos

Código	Ítems
SE.7. .a	Es capaz de estar en silencio mientras otros hablan
SE.7. .b	Sabe esperar el momento oportuno para comunicarse con los demás

7.3. Pedir ayuda: Es la capacidad de reconocer las propias dificultades o incapacidades y solicitar apoyo a otra persona. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.18. Pedir ayuda

Código	Ítems
SE.7.3.a	Es capaz de pedir ayuda física
SE.7.3.b	Es capaz de pedir ayuda emocional/psicológica.

7.4. Hacer críticas constructivas: Es la capacidad de ofrecer feedback constructivo y positivo a otras personas sobre las limitaciones o defectos percibidos en ellas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.19. Hacer críticas constructivas

Código	Ítems
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a otras personas del grupo
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a quien lidera el grupo (musicoterapeuta, etc.).

7.5. Aceptar la crítica: Es la capacidad de reconocer las propias limitaciones o defectos detectados por otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.20. Aceptar la crítica

Código	Ítems
SE.7.5.a	Sabe aceptar las críticas cuando son constructivas (buscan soluciones).
SE.7.5.b	Sabe aceptar las críticas cuando no son constructivas y/o se basan en quejas, culpabilizaciones, etc. (no buscan tanto soluciones como el desahogo personal).

7.6. Pedir perdón: Es la capacidad de tratar de reparar el daño producido a otra persona, ya sea por los propios errores en las decisiones tomadas o por el daño emocional causado a otra persona. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.21. Pedir perdón

Código	Ítems
SE.7. .a	Es capa de pedir perdón cuando se equivoca en una decisión que perjudica a otra persona.
SE.7. .b	Es capa de pedir perdón cuando ha herido emocionalmente a otra persona (p.ej. con sus palabras, con su engaño, con su falta de afecto, etc.)

7.7. Perdonar: Es la capacidad de aceptar las peticiones de perdón de otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.22. Perdonar

Código	Ítems
SE.7.7.a	Es capaz de perdonar el malestar producido por decisiones equivocadas de otra persona que no buscaban herir.
SE.7.7.b	Es capaz de perdonar el malestar emocional producido por otra persona (p. ej. por la expresión intensa de emociones desagradables de otros, por la actitud de engaño, por la falta de afecto, etc.)

7.8. Empatizar: Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, tratando de percibir lo que la otra persona puede estar experimentando en un momento dado, pero sin confundir las propias emociones con las percibidas en la otra persona. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.23. Empatizar

Código	Ítems
SE.7.8.a	Es capa de empati a r con otras personas siempre y cuando éstas no expresan dolor y/o sufrimiento.
SE.7.8.b	Es capa de empati a r con otras personas cuando éstas expresan dolor y/o sufrimiento.

7.9. Agradecer: Es la capacidad de dar valor a lo recibido, y mostrar gratitud. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.24. Agradecer

Código	Ítems
SE.7.9.a	Es capa de expresar agradecimiento por situaciones u objetos concretos: una visita, un regalo, etc.
SE.7.9.b	Es capa de expresar su deseo de celebrar la vida, el momento presente, etc.

7.10. Aceptar su cuerpo en relación con los demás: Es la capacidad de aceptar y emplear el propio cuerpo como medio de expresión y comunicación emocional con otras personas. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.25. Aceptar su cuerpo en relación con los demás.

Código	Ítems
SE.7.1 .a	Acepta la cercanía del cuerpo de los otros
SE.7.1 .b	Acepta el contacto físico como gesto social (p.ej. que le den la mano, le pongan la mano en el hombro, etc.)
SE.7.1 .c	Acepta bailar agarrado/a a la musicoterapeuta
SE.7.1 .d	Acepta bailar agarrado/a a otros participantes
SE.7.1 .e	Acepta el contacto físico como expresión de afecto (besos, abra os) de parte de la musicoterapeuta en momentos emotivos.
SE.7.1 .f	Acepta el contacto físico como expresión de afecto positivo sentido (besos, abra os, etc.) de parte de otros participantes en momentos emotivos.

7.11. Apremiar el sentido del humor: Es la capacidad de manejarse adecuadamente con el sentido del humor propio y de otros. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.26. Apremiar el sentido del humor

Código	Ítems
SE.7.11.a	Es capaz de expresarse con sentido del humor
SE.7.11.b	Es capaz de contextualizar su sentido del humor
SE.7.11.c	Es capaz de detectar humor en los otros
SE.7.11.d	Es capaz de contextualizar el humor de los demás

7.12. Liderar: Es la capacidad de influir en otras personas, coordinarlas, motivarlas y ayudarlas para lograr avanzar juntos hacia una meta común. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.27. Liderar

Código	Ítems
SE.7.1 .a	Intenta animar o motivar a otros participantes
SE.7.1 .b	Busca colaboración y consenso en los grupos en los que participa.
SE.7.1 .c	Inicia o sugiere cambios en las actividades con la intención de regular tensiones surgidas en el grupo que favorecen la dinámica del grupo (p.ej. con humor constructivo, etc.).
SE.7.1 .d	Es capaz de liderar al grupo del que forma parte.

8. IDENTIDAD PERSONAL.

Al emplear el término de *Identidad personal* nos estamos refiriendo a la conciencia que la persona tiene de las necesidades de sí misma y de las características que la hacen diferente a los demás. Incluimos dos apartados: *conciencia de las necesidades del sí mismo* y *aceptación de las carencias del sí mismo*.

8.1. Conciencia de las necesidades del sí mismo: Basándonos en la teoría psicosocial de Erikson (2000), podemos definirlo como la capacidad de ser consciente de las necesidades evolutivas que el yo va descubriendo y teniendo que afrontar a lo largo del ciclo vital. Dichas necesidades son acumulativas, y su influencia, una vez pasada la fase en la que se despliegan psicogenéticamente, forma parte de la experiencia cotidiana de cada persona, aunque ésta se encuentre en una fase posterior de la vida. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.28. Conciencia de las necesidades del sí mismo

Código	Ítems
SE.8.1.a	Es consciente y expresa su necesidad de confianza
SE.8.1.b	Es consciente y expresa su necesidad de autonomía (libertad de movimiento y de tomar decisiones)
SE.8.1.c	Es consciente y expresa su necesidad de comunicarse con los demás
SE.8.1.d	Es consciente y expresa su necesidad de sentirse útil (autoeficacia percibida)
SE.8.1.e	Es consciente y expresa su necesidad de autoafirmarse en su identidad sexual (como hombre o como mujer)
SE.8.1.f	Es consciente y expresa su necesidad de compartir sentimientos (intimidad afectiva)
SE.8.1.g	Es consciente y expresa su necesidad de ayudar/guiar a otras personas
SE.8.1.h	Es consciente y expresa su necesidad de integrar sus diferentes experiencias biográficas de su propia vida

8.2. Aceptación de las carencias del sí mismo: Basándonos en la teoría psicosocial de Erikson (2000), podemos definirlo como la capacidad de aceptar las propias carencias en las diferentes etapas evolutivas en las que se tuvo que dar respuesta a las necesidades socioafectivas emergentes que el yo va descubriendo y teniendo que afrontar a lo largo del ciclo vital. Los ítems son los siguientes:

Cuadro 10.5.3.29. Aceptación de las carencias del sí mismo.

Código	Ítems
SE.8. .a	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para confiar
SE.8. .b	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para tomar decisiones (libertad de movimiento y de tomar decisiones)
SE.8. .c	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para comunicarse con los demás
SE.8. .d	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de sentirse útil (autoeficacia percibida)
SE.8. .e	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de autoafirmarse en su identidad sexual (como hombre o como mujer)
SE.8. .f	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de compartir sentimientos (intimidad afectiva)
SE.8. .g	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de ayudar/guiar a otras personas
SE.8. .h	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de integrar sus diferentes experiencias biográficas de su propia vida

Conclusiones.

El desarrollo socio-emocional tiene una gran importancia para las personas mayores y también para las personas con enfermedades neurodegenerativas. Es escasa aún la literatura que explica cómo evaluar e intervenir para entrenar competencias socio-emocionales en personas con enfermedad de Alzheimer. Con esta área se pretende ayudar especialmente a los musicoterapeutas a tener en cuenta estas competencias para poder trabajarlas una vez sean evaluadas en el tratamiento musicoterapéutico. Es decir, las competencias detectadas como más significativas para ser trabajadas en una persona en concreto pasan a ser consideradas como *necesidades socio-emocionales prioritarias*. Este proceso queda reflejado en el Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias personalizado, que es en definitiva, la síntesis que el musicoterapeuta obtiene del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias para cada uno de los participantes en sesiones de musicoterapia con los que trabaja.

Referencias Bibliográficas.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bisquerra, R. (2002). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Carlson, J. G. y Hatfield, J. G. (1992). *Psychology of Emotion*. San Diego, CA, US: Harcourt Brace Jovanovich.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of gerontology and Geriatrics, 11*, 195-217.
- Diener, Et al. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125(2)*, Mar 1999, 276-302.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Fernández-Abascal, E. y Chóliz, M. (2001). *Expresión facial de la emoción*. Madrid: UNED.
- Fernández-Abascal, E. (2003). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. (Vol. 1). Madrid: Ramón Areces.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam Books. (Traducción Barcelona: Editorial Cairós, 1995).
- Greenberg, L. S. (2003). *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S. y Safran, J. D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. Nueva York: Guilford Press.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognition, motivation and personality. En I. S. Cohen (Ed.), *The g. Stanley Hall lecture series* (Vol.9) (pp. 35-73). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kleinginna, P. R., Jr. y Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestion for a consensual definition. *Motivation and Emotions*, 5, 355.
- Marina, J. A. y López Penas, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.
- Márquez-González, M. (2008). Emociones y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquezemociones-01.pdf>>
- Márquez, M. (2010). Programas de desarrollo emocional. En Bermejo, L. *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I. y Pérez, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (3): 46-53.

- Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología*, 12 (1), 61-86.
- Palmero, F. et al. (2002). *Psicología de la motivación y de la emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychobioevolutionary synthesis*. Nueva York: Harper & Row.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G. y Agulló, M. J. (2005). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. *Emociona't. Revista Iberoamericana de Educación*, 37 (5).

ANEXO I: Protocolo de evaluación del Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias.

Luis Alberto Mateos Hernández, María Teresa del Moral Marcos y Beatriz San Romualdo Corral.

PSM-AREA PSICOMOTRIZ

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
1. COORDINACIÓN							
1.1. EQUILIBRIO CORPORAL							
PSM 1.1.a	Es capaz de mantenerse en equilibrio mientras está sentado.						
PSM 1.1.b	Es capaz de mantener el equilibrio al levantarse de la silla.						
PSM 1.1.c	Es capaz de mantener el equilibrio al sentarse en la silla.						
PSM 1.1.d	Es capaz de mantener el equilibrio tras levantarse de la silla.						
PSM 1.1.e	Es capaz de mantener el equilibrio al iniciar la marcha.						
PSM 1.1.f	Es capaz de mantener el equilibrio estando en bipedestación de manera estática.						
PSM 1.1.g	Es capaz de mantener el equilibrio durante la trayectoria.						
PSM 1.1.h	Es capaz de recuperar el equilibrio al desequilibrarse.						
1.2. AUTORREGULACIÓN SENSORIOMOTRIZ							
PSM 1.2.a	Es capaz de aplicar el freno inhibitorio para el control voluntario del movimiento regulando el movimiento activo este mediante la presencia y/o ausencia de sonidos						
PSM 1.2.c	Realiza una tarea motriz ya conocida ante una consigna sonora.						
PSM 1.2.c	Realiza una tarea motriz nueva ante una consigna sonora.						
PSM 1.2.d	Es capaz de relacionar un movimiento con un parámetro del sonido (intensidad, duración, frecuencia, etc.)						
1.3. COORDINACIÓN RÍTMICA							
PSM 1.3.a	Activa su cuerpo, de la manera que sea, ante estímulos sonoro-musicales que presentan estructura rítmica.						
PSM 1.3.b	Es capaz de atender a un sonido y al movimiento mediante el seguimiento del pulso rítmico.						
PSM 1.3.c	Marca el pulso rítmico de manera intencional (percusiones corporales y/o ejecución instrumental).						
PSM 1.3.d	Adapta su pulso rítmico a las modificaciones rítmicas en proceso.						
1.4. COORDINACIÓN BILATERAL							
PSM 1.4.a	Es capaz de juntar las manos y/o los pies en la línea media de su eje corporal						
PSM 1.4.b	Es capaz de dar palmas						
PSM 1.4.c	Es capaz de coordinar el movimiento de los pies y piernas cambiando alternativamente el peso de un lado al otro.						
PSM 1.4.d	Es capaz de levantar ambas manos cuando se le ofrece un instrumentos con intención de agarrarlo de forma segura						
PSM 1.4.e	Es capaz de pasar un instrumento musical de una mano a otra						
PSM 1.4.f	Es capaz de tocar instrumentos en la línea media: una mano sostiene el instrumento y la otra lo manipula						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
2. ESQUEMA CORPORAL							
2.1. LOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES DEL CUERPO.							
PSM 2.1.a	Localiza e identifica los diferentes planos del cuerpo						
PSM 2.1.b	Reconoce de forma visual las partes del cuerpo en posición estática						
PSM 2.1.c	Reconoce de forma visual las partes del cuerpo en movimiento						
PSM 2.1.d	Es capaz de mover las partes del cuerpo que se le pide						
PSM 2.1.e	Realiza percusiones corporales con las distintas partes del cuerpo						
2.2. RELACIÓN ACTIVA CON EL ESPACIO							
PSM 2.2.a	Se desplaza por la sala libremente						
PSM 2.2.b	En los desplazamientos tiende a ocupar todo el espacio						
3. MOTRICIDAD FINA							
3.1. INTEGRACIÓN TÁCTIL							
PSM 3.1.a	Es capaz de reaccionar ante un estímulo táctil con movimiento.						
PSM 3.1.b	Es capaz de explorar los instrumentos musicales con los dedos de las manos.						
3.2. PRENSIÓN DE OBJETOS(AGARRAR/SOLTAR)							
PSM 3.2.a	Es capaz de agarrar un instrumento que el musicoterapeuta coloca entre sus manos						
PSM 3.2.b	Es capaz de soltar un instrumento para coger otro						
3.3. MANIPULACIÓN DE OBJETOS							
PSM 3.3.a	Es capaz de manipular instrumentos con la prensión de las manos, agitación, golpeo, etc.						
PSM 3.3.b	Es capaz de manipular instrumentos empleando predominantemente los dedos.						
4. PRAXIAS							
4.1. EJECUCIÓN DE PRAXIAS IDEOMOTORAS							
PSM 4.1.a	Es capaz de tocar instrumentos musicales con intencionalidad de producir sonidos musicales (p.ej. melodías, ritmos, etc.).						
PSM 4.1.b	Es capaz de realizar movimientos manuales con precisión, orientados a un objetivo.						
PSM 4.1.c	Es capaz de coreografiar con sus movimientos corporales una música no conocida.						
4.2. EJECUCIÓN DE PRAXIAS IDEATORIAS							
PSM 4.2.a	Es capaz de realizar la secuencia gestual de distintos movimientos al tocar instrumentos musicales						
PSM 4.2.b	Es capaz de coreografiar con sus movimientos corporales un baile o danza conocida						
PSM 4.2.c	Es capaz de imitar la secuencia de gestos motrices al usar un instrumento musical realizados por el/la musicoterapeuta y/o por otro participante de la sesión.						
PSM 4.2.d	Es capaz de realizar secuencias de gestos motrices de forma espontánea, orientados a un objetivo (p.ej. bailar, tocar un instrumento musical, coreografiar con sus movimientos corporales una música no conocida, etc.).						

COG-AREA PERCEPTIVO-COGNITIVA

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	SM	CM	SM
1. PERCEPCIÓN							
1.1. PERCEPCIÓN VISUAL							
COG 1.1.a	Es capaz de responder a estímulos visuales.						
COG 1.1.b	Es capaz de localizar visualmente un estímulo.						
COG 1.1.c	Es capaz de orientar su mirada hacia el rostro de quien le habla.						
COG 1.1.d	Es capaz de reconocer de manera visual al musicoterapeuta.						
COG 1.1.e	Es capaz de discriminar dos o más estímulos visuales diferentes						
COG 1.1.f	Es capaz de reconocer diferentes objetos.						
COG 1.1.g	Es capaz de reconocer diferentes imágenes.						
COG 1.1.h	Es capaz de reconocer diferentes caras familiares						
COG 1.1.i	Es capaz de discriminar diferentes objetos atendiendo a una cualidad física como el tamaño, color, forma, etc.						
COG 1.1.j	Es capaz de mantener el contacto visual activo (con una persona y/o con un objeto).						
1.2. PERCEPCIÓN AUDITIVA							
COG 1.2.a	Es capaz de responder a estímulos auditivos.						
COG 1.2.b	Es capaz de localizar de manera auditiva una fuente sonora.						
COG 1.2.c	Es capaz de reconocer auditivamente a el/la musicoterapeuta.						
COG 1.2.d	Es capaz de discriminar dos o más sonidos diferentes						
COG 1.2.e	Es capaz de discriminar entre diferentes sonidos de manera simultánea (figura-fondo)						
COG 1.2.f	Es capaz de discriminar la intensidad de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)						
COG 1.2.g	Es capaz de discriminar la velocidad de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)						
COG 1.2.h	Es capaz de discriminar el timbre sonoro de diferentes estímulos auditivos (parámetros del sonido)						
2. ORIENTACIÓN							
2.1. ORIENTACIÓN TEMPORAL							
COG 2.1.a	Es capaz de decir el momento del día en el que se encuentra (mañana, tarde, noche)						
COG 2.1.b	Es capaz de interpretar la hora de un reloj						
COG 2.1.c	Es capaz de emplear de forma coherente los tiempos verbales (ayer, hoy, mañana)						
COG 2.1.d	Es capaz de decir el día de la semana y el mes en el que vive						
COG 2.1.e	Es capaz de decir el año en el que vive						
COG 2.1.f	Es capaz de ajustarse a los horarios preestablecidos para las diferentes actividades						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	SM	CM	SM
2.2. ORIENTACIÓN ESPACIAL							
COG 2.2.a	Es capaz de ubicar el espacio donde se encuentra						
COG 2.2.b	Es capaz de decir la ciudad donde vive						
COG 2.2.c	Es capaz de orientarse en el espacio donde convive reconociendo las diferentes estancias.						
COG 2.2.d	Es capaz de relacionar la actividad a realizar con el espacio donde se encuentra						
COG 2.2.e	Es capaz de desplazarse de manera autónoma e intencional por diferentes espacios siempre que no presente limitaciones físicas.						
2.3. ORIENTACIÓN EN SU REALIDAD PERSONAL							
COG 2.3.a	Conoce su nombre (responde cuando se le llama, dice su nombre cuando se le pregunta, etc.)						
COG 2.3.b	Conoce cuáles son sus apellidos						
COG 2.3.c	Es capaz de reconocer su imagen en fotografías, espejo, etc.						
COG 2.3.d	Es capaz de situarse ante su red familiar mediante el reconocimiento facial de los miembros de la misma distinguiendo entre rostros familiares y no familiares.						
COG 2.3.e	Es capaz de recordar y nombrar a su vínculo familiar más cercano como por ejemplo cónyuge e hijos.						
COG 2.3.f	Es capaz de recordar hechos autobiográficos como el lugar de nacimiento.						
COG 2.3.g	Es capaz de recordar su fecha de nacimiento.						
COG 2.3.h	Es consciente y expresa que padece una enfermedad neurodegenerativa						
3. ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN							
3.1. ACTIVACIÓN DE LA ATENCIÓN							
COG 3.1.a	Realiza un movimiento o acción cada vez que oye uno o varios sonidos determinados						
COG 3.1.b	Realiza una acción al escuchar un estímulo sonoro						
COG 3.1.c	Es capaz de responder cuando se le llama por su nombre, volviéndose u orientando la mirada de cualquier otro modo.						
COG 3.1.d	Es capaz de conectarse de manera visual, auditiva y/o corporal con las actividades musicales.						
3.2. ORIENTACIÓN DE LA ATENCIÓN (ATENCIÓN SELECTIVA)							
COG 3.2.a	Es capaz de localizar diferentes estímulos auditivos.						
COG 3.2.b	Es capaz de localizar diferentes estímulos visuales.						
COG 3.2.c	Es capaz de orientar su mirada hacia la musicoterapeuta y/u otros participantes de la sesión.						
COG 3.2.d	Es capaz de centrar su atención en las actividades musicales absteniéndose de aquellos aspectos irrelevantes para el desarrollo de las sesiones de musicoterapia (filtración de la información).						
COG 3.2.e	Es capaz de orientar la atención hacia la fuente sonora tras una interferencia estimular.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	SM	CM	SM
3.3. CONTROL DE LA ATENCIÓN (ATENCIÓN MANTENIDA)							
COG 3.3.a	Mantiene la atención mirando a quien le está hablando.						
COG 3.3.b	Da muestras de responder a un ritmo musical mediante el seguimiento del pulso rítmico dando palmadas u otro indicador que lo evalúe.						
COG 3.3.c	Es capaz de adecuar su propio ritmo al ritmo de la canción						
COG 3.3.d	Es capaz de mantener la atención durante las actividades musicales						
3.4. CAMBIO DE ATENCIÓN (FIGURA-FONDO PERCEPTIVO)							
COG 3.4.a	Es capaz de cambiar la modalidad atencional (visual-auditivo) controlando primero uno y luego otro.						
COG 3.4.b	Es capaz de realizar un sonido al percibir un estímulo visual						
COG 3.4.c	Es capaz de alternar sucesivamente el cambio de atención de una modalidad sensorial a otra						
4. MEMORIA A LARGO PLAZO							
4. MEMORIA EPISÓDICA							
COG 4.1.a	Es capaz de recordar acontecimientos personales vinculados a un tiempo concreto						
COG 4.1.b	Es capaz de recordar acontecimientos personales vinculados a un lugar concreto.						
COG 4.1.c	Es capaz de reconocer la música de al menos una canción escuchada con anterioridad.						
COG 4.1.d	Es capaz de reconocer la letra de al menos una canción escuchada con anterioridad.						
COG 4.1.e	Es capaz de recordar episodios significativos de su vida de manera espontánea.						
COG 4.1.f	Es capaz de recordar episodios significativos de su vida a petición del/la musicoterapeuta.						
COG 4.1.g	Es capaz de recordar lo que se habló en una conversación mantenida con anterioridad.						
COG 4.1.h	Es capaz de reconocer a las personas que forman su vínculo familiar más cercano.						
COG 4.1.i	Es capaz de recordar el nombre de las personas que forman su vínculo familiar más cercano.						
COG 4.1.j	Es capaz de recordar las relaciones familiares existentes.						
COG 4.1.k	Es capaz de evocar canciones recordando la época.						
COG 4.1.l	Es capaz de evocar canciones recordando el cantante.						
COG 4.1.m	Es capaz de evocar canciones recordando la letra.						
COG 4.1.n	Es capaz de recordar la letra y la melodía de la canción de bienvenida.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	SM	CM	SM
4.2. MEMORIA SEMÁNTICA.							
COG 4.2.a	Es capaz de evocar palabras pertenecientes a una determinada categoría semántica.						
COG 4.2.b	Es capaz de nombrar ejemplos de palabras pertenecientes a una categoría semántica que se da como referencia. (acceso al léxico y conocimiento conceptual)						
COG 4.2.c	Es capaz de nombrar objetos.						
COG 4.2.d	Recuerda el nombre de uno o más de los participantes del grupo de Musicoterapia						
COG 4.2.e	Es capaz de describir una imagen con un léxico adecuado.						
COG 4.2.f	Conoce el significado de las palabras de uso habitual.						
COG 4.2.g	Es capaz de cantar las letras de las canciones.						
COG 4.2.g	Es capaz de nombrar de manera espontánea ante diferentes estímulos visuales presentes.						
COG 4.2.h	Es capaz de nombrar a petición del/la musicoterapeuta ante diferentes estímulos visuales.						
COG 4.2.i	Es capaz de describir una vivencia personal.						
COG 4.2.j	Es capaz de completar una palabra incompleta por el contexto de la frase						
5. MEMORIA A CORTO PLAZO Y EVOCACIÓN INMEDIATA							
COG 5.a	Es capaz de memorizar patrones rítmicos.						
COG 5.b	Es capaz de memorizar patrones melódicos						
COG 5.c	Es capaz de memorizar patrones rítmico-melódicos						
COG 5.d	Es capaz de recordar el título de la canción que se cantó en ese momento.						
COG 5.e	Es capaz de recordar el autor de la canción que se cantó en ese momento						
COG 5.f	Es capaz de recordar la consigna de la actividad						
COG 5.g	Al finalizar la sesión es capaz de recordar las actividades musicales que se realizaron.						
COG 5.h	Al finalizar la sesión es capaz de recordar las actividades musicales que se realizaron con referencia temporal.						
6. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS							
6.1. SECUENCIACIÓN TEMPORAL DE HECHOS Y TAREAS							
COG 6.1.a	Es capaz de anticipar secuencias temporales en una secuencia de praxias ya aprendidas (p.ej. <i>"después de la canción de bienvenida nos toca bailar y luego tocar instrumentos"</i>).						
COG 6.1.b	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones diarias (p.ej. <i>"después de musicoterapia voy a ir a comer"</i>).						
COG 6.1.c	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones semanales (p.ej. <i>"cuando llegue el viernes me vienen a buscar para llevarme a casa"</i>).						
COG 6.1.d	Es capaz de anticipar secuencias temporales en sus acciones a largo plazo (p.ej. <i>"¿después de la Navidad volveré a tener sesiones de musicoterapia?"</i>)						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	SM	CM	SM
6.2. PLANIFICACIÓN							
COG 6.2.a	Es capaz de planificar dos o más praxias consecutivas (p.ej. <i>"después de tocar el tambor quiero tocar la guitarra"</i>).						
COG 6.2.b	Es capaz de planificar diversas acciones diarias (p.ej. <i>"después de musicoterapia quiero ir a jugar a las cartas"</i>).						
COG 6.2.c	Es capaz de proponer, espontáneamente o a petición, la secuencia de actividades musicales que querría hacer en la propia sesión						
COG 6.2.d	Es capaz de de proponer, espontáneamente o a petición, la secuencia de actividades musicales que querría hacer en próximas sesiones.						
6.3. BÚSQUEDA DE SOLUCIONES							
COG 6.3.a	Es capaz de ofrecer dos o más alternativas razonables como solución a problemas que surgen espontáneamente y que requieren usar operaciones lógico-concretas.						
COG 6.3.b	Es capaz de ofrecer dos o más alternativas razonables como solución a problemas que surgen espontáneamente y que requieren usar operaciones lógico-formales (abstractas).						
6.4. TOMA DE DECISIONES							
COG 6.4.a	Es capaz de decidir entre dos o más alternativas razonables que se le ofrecen como solución a un determinado problema.						
COG 6.4.b	Es capaz de decidir entre dos o más alternativas razonables que ha buscado previamente como solución a un determinado problema.						

CL-AREA COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
1. FUNCIONES BÁSICAS DE LA COMUNICACIÓN							
1.1. INTENCIONALIDAD COMUNICATIVA							
CL 1.1.a	Es capaz de emitir sonidos vocálicos en un contexto comunicativo con el/la musicoterapeuta.						
CL 1.1.b	Es capaz de expresarse , mediante producciones simples, ya sean sonoras, corporales, preverbales o verbales.						
CL 1.1.c	Es capaz de comunicarse mediante producciones simples, ya sean sonoras, corporales, preverbales o verbales.						
CL 1.1.d	Intenta comprender los mensajes comunicativos de otras personas						
1.2. ATENCIÓN A LA COMUNICACIÓN							
CL 1.2.a	Dirige voluntariamente la atención hacia estímulos comunicativamente significativos del musicoterapeuta						
CL 1.2.b	Dirige voluntariamente la atención hacia estímulos comunicativamente significativos de los participantes de la sesión						
1.3. PERCEPCIÓN COMUNICATIVA							
CL 1.3.a	Asocia sonidos (onomatopéyicos y/o musicales) a sus referentes intencionales comunicativos.						
CL 1.3.b	Distingue la voz de una persona por su timbre (discriminación auditiva)						
CL 1.3.c	Mantiene la comunicación auditiva con una persona aunque haya ruido, u otras personas hablando cerca (figura-fondo auditivo)						
1.4. PROCESOS COGNITIVOS ORIENTADOS A LA COMUNICACIÓN							
CL 1.4.a	Recuerda y emplea diferentes categorías conceptuales como mensajes comunicativos						
CL 1.4.b	Relaciona un símbolo con el contexto en el que suele expresarse (función simbólica)						
CL 1.4.c	Realiza circunloquios para hacerse entender cuando experimenta dificultades en la denominación de palabras.						
1.5. MOTRICIDAD DE LA COMUNICACIÓN							
CL 1.5.a	Se expresa con sonidos onomatopéyicos para comunicarse						
CL 1.5.b	Se expresa corporalmente para comunicarse						
CL 1.5.c	Tiene capacidad para realizar los patrones práxicos propios de cada unidad del habla (fonemas, secuenciación de enunciados, etc)						
1.6. VIGILANCIA COMUNICATIVA							
CL 1.6.a	Control y seguimiento (atencional e implícito) de la adaptación y corrección de las propias producciones según criterio propio y las reacciones sociales derivadas.						
CL 1.6.b	Uso de metahabilidades para la regulación de los procesos comunicativos.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
2. EMPLEO DE LA COMUNICACIÓN							
2.1. EMPLEO DE FUNCIONES COMUNICATIVAS							
CL 2.1.a	Expresa peticiones						
CL 2.1.b	Expresa Rechazo/Negación/oposición al adulto o tarea						
CL 2.1.c	Da información que se necesita en el contexto						
CL 2.1.d	Demanda información						
CL 2.1.e	Emplea la función fática o de contacto comunicativo						
CL 2.1.f	Narra o describe vivencias presentes incluyendo sentimientos y/o emociones propios (auto-actualización)						
CL 2.1.g	Narra o describe vivencias del pasado como medio de evocación emocional						
CL 2.1.h	Narra o describe vivencias del pasado como medio de estimulación de la memoria y de la propia identidad						
CL 2.1.i	Expresa sentimientos y/o emociones de otras personas (conducta empática)						
2.2. EMPLEO DE FORMATOS DE INTERACCIÓN							
CL 2.2.a	Mantiene el contacto ocular y/o <i>auditivo</i> como medio de contacto comunicativo con otra persona						
CL 2.2.b	Mantiene la <i>atención compartida</i> con otra persona						
CL 2.2.c	Mantiene el <i>juego de turnos</i> con una persona						
CL 2.2.d	Mantiene el <i>juego de turnos</i> con varias personas						
CL 2.2.e	Es capaz de regular la <i>interacción social</i> en función de los indicadores comunicativos del contexto interpersonal						
2.3. EMPLEO DE MEDIOS COMUNICATIVOS							
CL 2.3.a	Se expresa de forma corporal no convencional						
CL 2.3.b	Se expresa mediante gestos corporales con significado compartido						
CL 2.3.c	Se expresa mediante signos manuales y/o gráficos						
CL 2.3.d	Se expresa oralmente						
CL 2.3.e	Se expresa con diferentes medios comunicativos indistintamente						
3. COMPONENTES DEL LENGUAJE VERBAL							
3.1. EMPLEO FONOLÓGICO/PROSÓDICO							
CL 3.1.a	Pronuncia con la duración segmental adecuada para hacerse entender						
CL 3.1.b	Pronuncia con la intensidad segmental adecuada para hacerse entender						
CL 3.1.c	Realiza pausas adecuadamente al hablar						
CL 3.1.d	Realiza movimientos melódicos al hablar						
CL 3.1.e	Emplea diferentes tipos de oración (simple, subordinada, etc.)						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
3.2. EMPLEO DEL LÉXICO							
CL 3.2.a	Emplea un léxico adecuado						
CL 3.2.b	Emplea un léxico abundante, rico						
3.3. USO MORFOLÓGICO DEL LENGUAJE							
CL 3.3.a	Generaliza reglas para la pragmática						
CL 3.3.b	Generaliza reglas fonológicas						
CL 3.3.c	Generaliza reglas sintácticas al construir palabras						
3.4. USO SINTÁCTICO DEL LENGUAJE							
CL 3.4.a	Construye con coherencia sintagmas sencillos						
CL 3.4.b	Construye con coherencia frases sencillas						
CL 3.4.c	Construye con coherencia frases compuestas (con coordinadas y/o subordinadas)						
3.5. USO DE LA PRAGMÁTICA DE LA COMUNICACIÓN							
CL 3.5.a	Sabe tener retroalimentación positiva (busca un nuevo modo de comprensión del mensaje comunicativo cuando no lo entiende)						
CL 3.5.b	Sabe tener retroalimentación negativa (se mantiene en el mismo patrón comunicativo pero busca un nuevo modo de comprensión del mensaje comunicativo cuando no lo entiende)						
3.6. USO DEL DISCURSO							
CL 3.6.a	Es capaz de adecuar su discurso al contexto comunicativo en el que lo emite.						
CL 3.6.b	Se hace entender con su discurso, aunque de manera no fluida, descartando la falta de fluidez por problemas articulatorios o afásicos.						
CL 3.6.c	Establece con naturalidad un discurso coherente con buena cohesión narrativa, empleando diferentes tipos de recursos para ello: pronombres, enlaces, perífrasis, elipsis, etc						
4. LENGUAJE							
4.1. CATEGORIZACIÓN (CONCEPTOS)							
CL 4.1.a	Clasifica, empareja e identifica objetos y conceptos en base a una categoría común o diferente cuando dichos objetos o conceptos no están presentes.						
CL 4.1.b	Clasifica, empareja e identifica objetos y conceptos en base a dos o más categorías comunes o diferentes cuando dichos objetos o conceptos no están presentes.						
4.2. LENGUAJE NO VERBAL							
<u>ATENDER AL LENGUAJE NO VERBAL</u>							
CL 4.2.a	Atiende a estímulos visuales.						
CL 4.2.b	Atiende a sonidos (por ejemplo, onomatopeyas, ritmos, etc.)						
CL 4.2.c	Atiende al habla de otras personas.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
	<u>IMITAR SONIDOS</u>						
CL 4.2.d	Imita sonidos no verbales (por ejemplo, ritmos, etc.)						
CL 4.2.e	Imita sonidos verbales no semánticos (por ej. onomatopeyas, etc.)						
	<u>RESPONDER A GESTOS</u>						
CL 4.2.f	Muestra interés por un gesto o acción.						
CL 4.2.g	Cuando se hace un gesto responde de alguna forma						
CL 4.2.h	Responde de forma creativa a un gesto dado.						
	<u>UTILIZAR GESTOS</u>						
CL 4.2.i	Utiliza gestos para dar a conocer sus deseos.						
CL 4.2.j	Señala el objeto que desea						
CL 4.2.k	Utiliza gestos aprendidos de forma adecuada al contexto en el que está.						
CL 4.2.l	Expresa diferentes emociones mediante expresiones faciales.						
CL 4.2.m	Expresa con gestos una idea que se le indica.						
	<u>IMITAR MOVIMIENTOS</u>						
CL 4.2.n	Imita movimientos amplios del cuerpo.						
CL 4.2.ñ	Imita movimientos de los miembros.						
CL 4.2.o	Imita movimientos finos de las de las manos y dedos.						
CL 4.2.p	Imita movimientos finos de las manos y dedos con objetos.						
CL 4.2.q	Imita movimientos de los órganos articulatorios.						
4.3. DENOMINACIÓN							
CL 4.3.a	Canta las letras de las canciones mientras las escucha						
CL 4.3.b	Canta la letra de la canción de bienvenida.						
CL 4.3.c	Dice el nombre de los compañeros.						
CL 4.3.d	Es capaz de nombrar espontáneamente (instrumentos musicales, partes del cuerpo, etc.) ante un estímulo visual (denominación visuo-verbal espontánea)						
CL 4.3.e	Es capaz de nombrar a petición (instrumentos musicales, partes del cuerpo, etc.) ante un estímulo visual (denominación visuo-verbal a petición).						
CL 4.3.f	Es capaz de completar con una palabra una frase. (denominación verbo-verbal)						
CL 4.3.g	Conoce el nombre de los miembros del grupo						
CL 4.3.h	Conoce el nombre del musicoterapeuta.						
4.4. LENGUAJE ESPONTÁNEO							
CL 4.4.a	Es capaz de conversar sobre un tema concreto						
CL 4.4.b	Habla sobre sus acciones.						
CL 4.4.c	Relata experiencias pasadas.						
CL 4.4.d	Describe un dibujo, una escena o una canción.						
CL 4.4.e	Explica y expresa opiniones sobre una canción elegida.						
CL 4.4.f	Verbaliza espontáneamente cuando interactúa con los compañeros.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
4.5. COMPRENSIÓN							
CL 4.5.a	Comprende la consigna dada por el musicoterapeuta.						
CL 4.5.b	Comprende la letra de las canciones.						
CL 4.5.c	Comprende las conversaciones de otras personas.						
5. LECTURA							
5.1. RECONOCIMIENTO DE CÓDIGOS ESCRITOS							
CL 5.1.a	Identifica algunas letras						
CL 5.1.b	Identifica todas las letras minúsculas						
CL 5.1.c	Identifica todas las letras mayúsculas						
5.2. LECTURA MECÁNICA							
CL 5.2.a	Es capaz de leer palabras						
CL 5.2.b	Es capaz de leer frases completas						
CL 5.2.c	Es capaz de leer cualquier texto con fluidez						
5.3. LECTURA COMPRESIVA							
CL 5.3.a	Es capaz de leer comprensivamente palabras						
CL 5.3.b	Es capaz de leer comprensivamente frases completas						
CL 5.3.c	Es capaz de leer comprensivamente cualquier texto						
6. ESCRITURA							
6.1. REALIZACIÓN DE CÓDIGOS ESCRITOS							
CL 6.1.a	Realiza algunas letras						
CL 6.1.b	Realiza todas las letras minúsculas						
CL 6.1.c	Realiza todas las letras mayúsculas						
6.2. ESCRITURA MECÁNICA							
CL 6.2.a	Es capaz de escribir palabras al dictado y/o en copia.						
CL 6.2.b	Es capaz de escribir frases completas al dictado y/o en copia.						
CL 6.2.c	Es capaz de escribir con fluidez al dictado y/o en copia.						
6.3. ESCRITURA COMPRESIVA							
CL 6.3.a	Es capaz de escribir comprensivamente palabras						
CL 6.3.b	Es capaz de escribir comprensivamente frases completas						
CL 6.3.c	Es capaz de escribir comprensivamente cualquier idea que quiera plasmar por escrito.						

SE. AREA SOCIO-EMOCIONAL

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.1. EXPRESIÓN EMOCIONAL							
SE.1.1. EXPRESIÓN DE EMOCIONES AGRADABLES							
SE.1.1.a	Es capaz de expresar alegría						
SE.1.1.b	Es capaz de expresar entusiasmo, euforia						
SE.1.1.c	Es capaz de expresar amor						
SE.1.1.d	Es capaz de expresar felicidad						
SE.1.2. EXPRESIÓN DE EMOCIONES AMBIGUAS							
SE.1.2.a	Es capaz de expresar sorpresa						
SE.1.2.b	Es capaz de expresar melancolía						
SE.1.2.c	Es capaz de expresar esperanza						
SE.1.2.d	Es capaz de expresar compasión						
SE.1.3. EXPRESIÓN DE EMOCIONES DESAGRADABLES							
SE.1.3.a	Es capaz de expresar asco / aversión						
SE.1.3.b	Es capaz de expresar tristeza						
SE.1.3.c	Es capaz de expresar enfado / ira						
SE.1.3.d	Es capaz de expresar miedo						
SE.1.3.e	Es capaz de expresar ansiedad						
SE.1.3.f	Es capaz de expresar vergüenza						
SE.1.3.g	Es capaz de expresar culpa						
SE.1.3.h	Es capaz de expresar celos						
SE.1.3.i	Es capaz de expresar envidia						
SE.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES							
SE.2.1. Identificación de los propios estados emocionales							
SE.2.1.a	Es capaz de detectar la alegría en sí mismo						
SE.2.1.b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en sí mismo						
SE.2.1.c	Es capaz de detectar el amor en sí mismo						
SE.2.1.d	Es capaz de detectar la felicidad en sí mismo						
SE.2.1.e	Es capaz de detectar la sorpresa en sí mismo						
SE.2.1.f	Es capaz de detectar la melancolía en sí mismo						
SE.2.1.g	Es capaz de detectar la esperanza en sí mismo						
SE.2.1.h	Es capaz de detectar la compasión en sí mismo						
SE.2.1.i	Es capaz de detectar el asco / aversión en sí mismo						
SE.2.1.j	Es capaz de detectar la tristeza en sí mismo						
SE.2.1.k	Es capaz de detectar el enfado / la ira en sí mismo						
SE.2.1.l	Es capaz de detectar el miedo en sí mismo						
SE.2.1.m	Es capaz de detectar la ansiedad en sí mismo						
SE.2.1.n	Es capaz de detectar la vergüenza en sí mismo						
SE.2.1.ñ	Es capaz de detectar la culpa en sí mismo						
SE.2.1.o	Es capaz de detectar los celos en sí mismo						
SE.2.1.p	Es capaz de detectar la envidia en sí mismo						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.2.2. Identificación de emociones de los demás							
SE.2.2.a	Es capaz de detectar alegría en los otros						
SE.2.2.b	Es capaz de detectar entusiasmo/ euforia en los otros						
SE.2.2.c	Es capaz de detectar amor en los otros						
SE.2.2.d	Es capaz de detectar felicidad en los otros						
SE.2.2.e	Es capaz de detectar sorpresa en los otros						
SE.2.2.f	Es capaz de detectar melancolía en los otros						
SE.2.2.g	Es capaz de detectar esperanza en los otros						
SE.2.2.h	Es capaz de detectar compasión en los otros						
SE.2.2.i	Es capaz de detectar asco / aversión en los otros						
SE.2.2.j	Es capaz de detectar tristeza en los otros						
SE.2.2.k	Es capaz de detectar enfado / ira en los otros						
SE.2.2.l	Es capaz de detectar miedo en los otros						
SE.2.2.m	Es capaz de detectar ansiedad en los otros						
SE.2.2.n	Es capaz de detectar vergüenza en los otros						
SE.2.2.ñ	Es capaz de detectar culpa en los otros						
SE.2.2.o	Es capaz de detectar celos en los otros						
SE.2.2.p	Es capaz de detectar envidia en los otros						
SE.3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES							
SE.3.1. Contextualización de los propios estados emocionales							
SE.3.1.a	Es capaz de contextualizar su alegría						
SE.3.1.b	Es capaz de contextualizar su entusiasmo/ euforia						
SE.3.1.c	Es capaz de contextualizar su amor						
SE.3.1.d	Es capaz de contextualizar su felicidad						
SE.3.1.e	Es capaz de contextualizar su sorpresa						
SE.3.1.f	Es capaz de contextualizar su melancolía						
SE.3.1.g	Es capaz de contextualizar su esperanza						
SE.3.1.h	Es capaz de contextualizar su compasión						
SE.3.1.i	Es capaz de contextualizar su asco / aversión						
SE.3.1.j	Es capaz de contextualizar su tristeza						
SE.3.1.k	Es capaz de contextualizar su enfado / ira						
SE.3.1.l	Es capaz de contextualizar su miedo						
SE.3.1.m	Es capaz de contextualizar su ansiedad						
SE.3.1.n	Es capaz de contextualizar su vergüenza						
SE.3.1.ñ	Es capaz de contextualizar su culpa						
SE.3.1.o	Es capaz de contextualizar su celos						
SE.3.1.p	Es capaz de contextualizar su envidia						
SE.3.2. Contextualización de emociones de los demás							
SE.3.2.a	Es capaz de contextualizar la alegría de los demás						
SE.3.2.b	Es capaz de contextualizar el entusiasmo/ euforia de los demás						
SE.3.2.c	Es capaz de contextualizar el amor de los demás						
SE.3.2.d	Es capaz de contextualizar la felicidad de los demás						
SE.3.2.e	Es capaz de contextualizar la sorpresa de los demás						
SE.3.2.f	Es capaz de contextualizar la melancolía de los demás						
SE.3.2.g	Es capaz de contextualizar la esperanza de los demás						
SE.3.2.h	Es capaz de contextualizar la compasión de los demás						
SE.3.2.i	Es capaz de contextualizar el asco / aversión de los demás						
SE.3.2.j	Es capaz de contextualizar la tristeza de los demás						
SE.3.2.k	Es capaz de contextualizar el enfado / ira de los demás						
SE.3.2.l	Es capaz de contextualizar el miedo de los demás						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.3.2.m	Es capaz de contextualizar la ansiedad de los demás						
SE.3.2.n	Es capaz de contextualizar la vergüenza de los demás						
SE.3.2.ñ	Es capaz de contextualizar la culpa de los demás						
SE.3.2.o	Es capaz de contextualizar los celos de los demás						
SE.3.2.p	Es capaz de contextualizar la envidia de los demás						
SE.4. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL							
SE.4.1. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES AGRADABLES							
SE.4.1.a	Es capaz de autorregular su alegría						
SE.4.1.b	Es capaz de autorregular su entusiasmo/ euforia						
SE.4.1.c	Es capaz de autorregular su amor						
SE.4.1.d	Es capaz de autorregular su felicidad						
SE.4.2. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES AMBIGUAS							
SE.4.2.a	Es capaz de autorregular su sorpresa						
SE.4.2.b	Es capaz de autorregular su melancolía						
SE.4.2.c	Es capaz de autorregular su esperanza						
SE.4.2.d	Es capaz de autorregular su compasión						
SE.4.3. AUTORREGULACIÓN DE EMOCIONES DESAGRADABLES							
SE.4.3.a	Es capaz de autorregular su asco / aversión						
SE.4.3.b	Es capaz de autorregular su tristeza						
SE.4.3.c	Es capaz de autorregular su enfado / ira						
SE.4.3.d	Es capaz de autorregular su miedo						
SE.4.3.e	Es capaz de autorregular su ansiedad						
SE.4.3.f	Es capaz de autorregular su vergüenza						
SE.4.3.g	Es capaz de autorregular su culpa						
SE.4.3.h	Es capaz de autorregular sus celos						
SE.4.3.i	Es capaz de autorregular su envidia						
SE.5. MOTIVACIÓN							
SE.5.1. MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA							
SE.5.1.a	Realiza o participa en la actividad si percibe que el musicoterapeuta le va a valorar su esfuerzo						
SE.5.1.b	Participa en las actividades por competitividad (ser mejor que otro)						
SE.5.1.c	Participa en las actividades por auto-obligación moral (obediencia a las figuras de autoridad y/o a valores).						
SE.5.2. MOTIVACIÓN ÍNTRÍNSECA							
SE.5.2.a	Participa en las actividades porque le suscitan interés, curiosidad.						
SE.5.2.b	Participa en las actividades por crecimiento personal (autoexploración, autoconocimiento).						
SE.6. AUTOPERCEPCIÓN							
SE.6.1. AUTOCONCEPTO POSITIVO							
SE.6.1.a	Es capaz de hablar de sí mismo/a (tiene conocimientos sobre sí mismo/a)						
SE.6.1.b	Es capaz de tratarse bien cuando habla de sí mismo/a (tiene una actitud positiva sobre sí mismo/a), realizando comentarios positivos sobre sí mismo/a.						
SE.6.2. AUTOESTIMA							
SE.6.2.a	Es capaz de tener una valoración positiva de su personalidad						
SE.6.2.b	Es capaz de ajustar su auto-percepción positiva a las evidencias de su realidad diaria.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.6.3. AUTOEFICACIA PERCIBIDA							
SE.6.3.a	Expresa satisfacción o realiza comentarios positivos sobre sí mismo/a por una o varias tareas realizadas previamente (se percibe capaz)						
SE.6.3.b	Expresa satisfacción o realiza comentarios positivos sobre sí mismo en relación a una o varias tareas nuevas (se percibe capaz)						
SE.7. HABILIDADES SOCIO-EMOCIONALES							
SE.7.1. TENER ACTITUD PROSOCIAL							
SE.7.1.a	Realiza comentarios positivos sobre la/s tarea/s						
SE.7.1.b	Realiza comentarios positivos sobre los otros participantes						
SE.7.1.c	Realiza comentarios positivos sobre el/la musicoterapeuta						
SE.7.1.d	Respeto los diferentes gustos estéticos de los otros participantes						
SE.7.1.e	Muestra una actitud de ayuda o colaboración hacia los demás.						
SE.7.1.f	Muestra una actitud de escucha (atiende a las verbalizaciones de los demás / mantiene la escucha en las actividades musicales)						
SE.7.1.g	Se interesa activamente por las cosas que les preocupan a los demás.						
SE.7.2. RESPETAR TURNOS							
SE.7.2.a	Es capaz de estar en silencio escuchando, mientras otros hablan						
SE.7.2.b	Sabe esperar el momento oportuno para comunicarse con los demás						
SE.7.3. PEDIR AYUDA.							
SE.7.3.a	Es capaz de pedir ayuda física						
SE.7.3.b	Es capaz de pedir ayuda emocional/psicológica.						
SE.7.4. HACER CRÍTICAS CONSTRUCTIVAS							
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a otras personas del grupo						
SE.7.4.a	Es capaz de hacer críticas constructivas a quien lidera el grupo (musicoterapeuta, etc.).						
SE.7.5. ACEPTAR LA CRÍTICA							
SE.7.5.a	Sabe aceptar las críticas cuando son constructivas (cuando buscan soluciones).						
SE.7.5.b	Sabe aceptar las críticas cuando no son constructivas y/o se basan en quejas, culpabilizaciones, etc. (no buscan tanto soluciones como el desahogo personal).						
SE.7.6. PEDIR PERDÓN							
SE.7.6.a	Es capaz de pedir perdón cuando se equivoca en una decisión que perjudica a otra persona.						
SE.7.6.b	Es capaz de pedir perdón cuando ha herido emocionalmente a otra persona (p.ej. con sus palabras, con su engaño, con su falta de afecto, etc.)						
SE.7.7. PERDONAR							
SE.7.7.a	Es capaz de perdonar el malestar producido por decisiones equivocadas de otra persona, que no buscaban herir.						
SE.7.7.b	Es capaz de perdonar el malestar emocional producido por otra persona (p. ej. por la expresión intensa de emociones desagradables de otros, por la actitud de engaño, por la falta de afecto, etc.)						
SE.7.8. EMPATIZAR							
SE.7.8.a	Es capaz de empatizar con otras personas siempre y cuando éstas no expresan dolor y/o sufrimiento.						
SE.7.8.b	Es capaz de empatizar con otras personas cuando éstas expresan dolor y/o sufrimiento.						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.7.9. AGRADECER							
SE.7.9.a	Es capaz de expresar agradecimiento por situaciones u objetos concretos: una visita, un regalo, etc.						
SE.7.9.b	Es capaz de expresar su deseo de celebrar la vida, el momento presente, etc.						
SE.7.10. ACEPTAR SU CUERPO EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS.							
SE.7.10.a	Acepta la cercanía del cuerpo de los otros						
SE.7.10.b	Acepta el contacto físico como gesto social (p.ej. que le den la mano, le pongan la mano en el hombro, etc.)						
SE.7.10.c	Acepta bailar agarrado/a a la musicoterapeuta						
SE.7.10.d	Acepta bailar agarrado/a a otros participantes						
SE.7.10.e	Acepta el contacto físico como expresión de afecto (besos, abrazos) de parte de la musicoterapeuta en momentos emotivos.						
SE.7.10.f	Acepta el contacto físico como expresión de afecto positivo sentido (besos, abrazos, etc.) de parte de otros participantes en momentos emotivos.						
SE.7.11. APRECIAR EL SENTIDO DEL HUMOR							
SE.7.11.a	Es capaz de expresarse con sentido del humor						
SE.7.11.b	Es capaz de contextualizar su sentido del humor						
SE.7.11.c	Es capaz de detectar humor en los otros						
SE.7.11.d	Es capaz de contextualizar el humor de los demás						
SE.7.12. LIDERAR							
SE.7.12.a	Intenta animar o motivar a otros participantes						
SE.7.12.b	Busca colaboración y consenso en los grupos en los que participa.						
SE.7.12.c	Inicia o sugiere cambios en las actividades con la intención de regular tensiones surgidas en el grupo que favorecen la dinámica del grupo (p.ej. con humor constructivo, etc.).						
SE.7.12.d	Es capaz de liderar al grupo del que forma parte.						
SE.8. IDENTIDAD PERSONAL							
SE.8.1. CONCIENCIA DE LAS NECESIDADES DEL SÍ MISMO							
SE.8.1.a	Es consciente y expresa su necesidad de confianza						
SE.8.1.b	Es consciente y expresa su necesidad de autonomía (libertad de movimiento y de tomar decisiones)						
SE.8.1.c	Es consciente y expresa su necesidad de comunicarse con los demás						
SE.8.1.d	Es consciente y expresa su necesidad de sentirse útil (autoeficacia percibida)						
SE.8.1.e	Es consciente y expresa su necesidad de autoafirmarse en su identidad sexual (como hombre o como mujer)						
SE.8.1.f	Es consciente y expresa su necesidad de compartir sentimientos (intimidad afectiva)						
SE.8.1.g	Es consciente y expresa su necesidad de ayudar/guiar a otras personas						
SE.8.1.h	Es consciente y expresa su necesidad de integrar sus diferentes experiencias biográficas de su propia vida						

		SI siempre		A veces		NO	
		SM	CM	SM	CM	SM	CM
SE.8.2. ACEPTACIÓN DE LAS CARENCIAS DEL SÍ MISMO							
SE.8.2.a	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para confiar						
SE.8.2.b	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para tomar decisiones (libertad de movimiento y de tomar decisiones)						
SE.8.2.c	Es consciente, expresa y acepta su dificultad para comunicarse con los demás						
SE.8.2.d	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de sentirse útil (autoeficacia percibida)						
SE.8.2.e	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de autoafirmarse en su identidad sexual (como hombre o como mujer)						
SE.8.2.f	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de compartir sentimientos (intimidad afectiva)						
SE.8.2.g	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de ayudar/guiar a otras personas						
SE.8.2.h	Es consciente, expresa y acepta su dificultad de integrar sus diferentes experiencias biográficas de su propia vida						

