

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Música y demencia: estudio de un caso desde el modelo de Atención Centrada en la Persona

Alumna: Magdalena María Di Ció

Tutora: Dra. Wanda Rubinstein

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 3 |
| 2. Objetivos | 3 |
| 2.1. Objetivo General | 3 |
| 2.2. Objetivos Específicos..... | 3 |
| 3. Marco Teórico..... | 4 |
| 3.1. Envejecimiento | 4 |
| 3.1.1. Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual..... | 4 |
| 3.1.2. Envejecimiento normal y envejecimiento patológico | 5 |
| 3.2. Demencia | 8 |
| 3.2.1. Demencia Tipo Alzheimer..... | 8 |
| 3.2.2. Demencia Vascular..... | 13 |
| 3.2.3. Demencia Mixta | 14 |
| 3.3. Neuropsicología: fundamentos biológicos de sus intervenciones | 14 |
| 3.4. Atención Centrada en la Persona | 16 |
| 3.5. Música y Demencia..... | 19 |
| 3.5.1. Musicoterapia | 20 |
| 3.5.2. Music & Memory | 21 |
| 4. Metodología | 23 |
| 4.1. Tipo de Estudio | 23 |
| 4.2. Participantes | 23 |
| 4.3. Instrumentos..... | 24 |
| 4.4. Procedimiento | 25 |
| 5. Desarrollo..... | 25 |
| 5.1. Descripción del perfil neuropsicológico de una paciente con demencia mixta, residente de una institución geriátrica. | 26 |
| 5.2. Descripción de las intervenciones con musicoterapia realizadas a la paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona..... | 31 |
| 5.3. Descripción de la aplicación del programa Music & Memory en la paciente y su repercusión en los síntomas psicológicos conductuales de la demencia..... | 36 |
| 6. Conclusiones | 40 |
| 7. Referencias bibliográficas..... | 44 |
| 8. Anexo A | 52 |
| 9. Anexo B | 53 |

10. Anexo C 56

11. Anexo D 58

1. Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo una pasantía en una institución geriátrica, desde agosto a noviembre de 2018. Dicha institución es una residencia dedicada a promover la calidad de vida en adultos mayores con Alzheimer y otras demencias.

La práctica consistió en la participación de un proyecto de investigación, que se propuso estudiar las diferencias en el impacto de la estimulación a través de la musicoterapia, y a través del programa de música personalizada Music & Memory, en la conducta de pacientes con demencia, en su calidad de vida, y en la sobrecarga del cuidador. Con tal propósito, se realizaron diferentes actividades, tales como la elaboración de cuestionarios para que los familiares respondieran acerca de las preferencias musicales de los pacientes, creación de listas de canciones personalizadas por paciente y actualización de las mismas, búsqueda de escalas apropiadas para el registro de datos, observación no participante de sesiones de musicoterapia, capacitación para la implementación del programa Music & Memory, entre otras.

Este trabajo se basó en un estudio de caso único, con el propósito de describir el abordaje de una paciente con demencia mixta mediante la utilización de la música. Ello, desde la perspectiva de un modelo de Atención Centrada en la Persona, que la institución procura aplicar.

La elección del tema tiene que ver con la importancia que adquiere cada vez más aportar calidad de vida a los años, frente a un escenario global de aumento en la expectativa de vida y de sociedades más envejecidas. Además, surge de la creciente necesidad de seguir estudiando alternativas de abordaje en pacientes con demencia en los que, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad, los recursos se hacen cada vez más escasos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir el abordaje, mediante la música, de una paciente con demencia mixta, residente de una institución geriátrica, desde un modelo de Atención Centrada en la Persona.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir el perfil neuropsicológico de una paciente con demencia mixta, residente de una institución geriátrica.
2. Describir las intervenciones con musicoterapia realizadas a la paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona.

3. Describir la aplicación del programa Music & Memory en la paciente y su repercusión en los síntomas psicológicos conductuales de la demencia.

3. Marco Teórico

3.1. Envejecimiento

3.1.1. Envejecimiento poblacional y envejecimiento individual

El envejecimiento puede ser considerado desde al menos dos puntos de vista: el envejecimiento demográfico o poblacional y el envejecimiento de las personas.

Según Tisnés y Salazar-Acosta (2016), no sería posible establecer de manera generalizada una edad en la cual comienza la vejez, ni asumir que no haya diferencias entre las distintas edades que la componen. A pesar de ello, dichas autoras consideran necesario definir el comienzo de esta etapa de manera general, debido al uso ineludible de datos cuantitativos para estudiarla. Así, el envejecimiento demográfico es expresado por la proporción de adultos mayores, es decir, personas de 65 años o más, sobre el total de la población. El aumento del envejecimiento poblacional se explica principalmente a raíz de dos cuestiones: por un lado, el aumento en la expectativa de vida, y por el otro, la disminución de las tasas de fecundidad, es decir, el número de hijos que tiene en promedio una mujer al concluir su período reproductivo (INDEC, 2015; OMS, 2015, Tisnés & Salazar-Acosta, 2016). En relación a este último factor, al disminuir la población de niños y jóvenes, aumenta la cantidad de personas de 65 años o más, y su proporción respecto del total de la población. A nivel mundial, la población de adultos de 60 o más años de edad está creciendo de manera más acelerada que los grupos etarios más jóvenes. En 2017, se estimó la población mundial de adultos de 60 años o más en un 13% de la población total, y se proyectó para 2050 que ese grupo poblacional de adultos mayores será aproximadamente del 25% en todas las regiones del mundo, a excepción de África (Naciones Unidas, 2017). En la Argentina, de acuerdo al Censo Nacional 2010, la población de mayores de 60 años representa el 14.3% (Ministerio de Desarrollo Social, 2012), y se estima que en el año 2050, 1 de cada 5 personas tendrá 65 años o más (INDEC, 2014). Además, la disminución de la mortalidad en edades avanzadas durante el último siglo (1914-2010), tuvo como consecuencia un aumento en la población de adultos mayores de 80 años. Así, mientras que en 1914 la población de personas mayores a 80 años en Argentina era del 0.3%, en 2010 ascendió al 2.5% (INDEC, 2015). Por lo tanto, el escenario que se presenta es el de una proporción más alta de adultos mayores, que además vivirán más años que en épocas anteriores (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016).

Por su parte, el envejecimiento de la persona es un proceso normal, constitutivo del ciclo vital, y presente desde la concepción hasta la muerte (Alvarado García & Salazar Maya,

2014). Dicho proceso de envejecimiento del individuo posee múltiples aristas, de las cuales el aspecto cronológico, es decir, la edad en años, es sólo una de ellas. Suele considerarse la vejez a partir de los 60 o 65 años, lo que a su vez conlleva la modificación de los roles y la posición de la persona en la sociedad. Un término asociado a la edad cronológica es el de *adulto mayor* (Huenchan, 2011). Sin embargo, la vejez no se define únicamente por la edad cronológica, por ende también deben considerarse en dicho proceso los aspectos fisiológicos, sociales y culturales. Esto supone tener en cuenta los cambios biológicos (edad fisiológica), es decir el proceso de envejecimiento físico, por el cual hay una merma en la densidad ósea, en el tono muscular y en la fuerza física (Salech, Jara & Michea, 2012). El término asociado a la edad fisiológica es el de *senilidad*. Además, el proceso de envejecimiento incluye la consideración de las conductas que se esperan de un sujeto a una determinada edad cronológica (edad social). La *tercera edad* es una expresión asociada a la edad social (Huenchan, 2011).

Además, la historia de vida de cada individuo, su manera de haberla transitado, deja una huella indeleble y produce un impacto acumulado sobre los años en la vejez (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016). Así, los adultos mayores presentan una gran diversidad respecto de los estados funcionales y situación de salud (OMS, 2015), que tienen relación con sus diferentes experiencias de vida, influencias genéticas y susceptibilidad para las neuropatologías, entre otros factores (Hedden & Gabrieli, 2004). De todo lo expuesto se desprende que el envejecimiento es indefectiblemente un proceso de marcada variabilidad interindividual.

Por su parte, cabe señalar que, aun siendo el proceso de envejecimiento una realidad innata del ser humano, cada cultura le otorga su propio significado. A su vez, esto ha llevado a interpretaciones erróneas, estereotipos negativos y mitos respecto de esta etapa del ciclo vital, junto con un temor a envejecer, que muchas veces prevalecen por sobre los recursos valiosos que los adultos mayores pueden aportar a la sociedad (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

3.1.2. Envejecimiento normal y envejecimiento patológico

En virtud de las diversas concepciones erróneas y mitos acerca del envejecimiento vigentes en el imaginario social, resulta necesario distinguir el envejecimiento normal del envejecimiento patológico.

La OMS (2015) se refiere al envejecimiento saludable como el proceso de promover y mantener aquellos atributos que permiten a una persona ser y hacer lo que ella valora como importante; proceso que permite el bienestar en la vejez. Desde esta perspectiva, la salud no es entendida meramente como ausencia de enfermedad. Más aún, con la edad aumenta el

riesgo de presentar variadas enfermedades, sin que ello implique que la persona ya no sea saludable.

El envejecimiento es un proceso paulatino, normal en la vida de una persona, generando con el paso del tiempo cambios de tipo metabólico y fisiológico, que se inician mucho antes de la senectud (Moreno Fernández, Pedroza & Gallo, 2013). Dichos cambios asociados al envejecimiento son numerosos, e inabarcables en el presente trabajo, pero se hará mención a algunos de los cambios morfológicos y funcionales del sistema nervioso central en el envejecimiento. Entre estos últimos, se encuentra una disminución en la masa cerebral y, contrariamente a la creencia clásica que sostenía una pérdida neuronal cuantiosa y generalizada, gracias a la mejora en los estudios por imágenes, hoy se sabe que ésta es mínima y focalizada (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998; Salech et al., 2012). Además, existen modificaciones en la expresión de genes y de proteínas relevantes para la transmisión sináptica, así como alteraciones en neurotransmisores tales como la dopamina, la acetilcolina y la serotonina (Salech et al., 2012).

Cabe destacar que entre los cambios producidos en el envejecimiento, no todo es pérdida o disminución: también puede darse la neurogénesis, es decir, el proceso de nacimiento de nuevas neuronas, capaces de integrarse en circuitos neuronales ya existentes. Este proceso puede ser regulado positivamente (mediante el ejercicio, la exposición a un ambiente enriquecido y el aprendizaje, entre otros), o negativamente (como consecuencia del estrés o la falta de sueño, entre otros factores). Cabe señalar que la neurogénesis ocurre en ciertas áreas cerebrales específicas, siendo una de ellas el hipocampo, de relevancia para el aprendizaje y la memoria (Moreno Fernández et al., 2013; Salech et al., 2012).

Tal como señalan distintos autores (e.g. Allegri, Laurent, Thomas-Anterion & Serrano, 2005; Donoso, 2003; Hedden & Gabrieli, 2004; Moreno Fernández, 2013; Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998), en ocasiones puede resultar difusa la línea divisoria entre cambios cognitivos propios del envejecimiento normal y las manifestaciones incipientes de condiciones patológicas. La pérdida de memoria constituye una de las quejas principales en el envejecimiento, y es también uno de los síntomas iniciales de la demencia tipo Alzheimer (DTA). Sin embargo, las dificultades en la memoria en el envejecimiento normal son cuantitativa y cualitativamente diferentes a las que presentan personas con DTA (Allegri et al., 2005). Entre los cambios que produce el envejecimiento cerebral normal en la memoria, pueden incluirse una disminución en la memoria de trabajo, un declive en la codificación de la información en memoria episódica y dificultades para la evocación libre, esto es, no a partir de claves o del reconocimiento. Además, hay una disminución en la velocidad de

procesamiento respecto de personas jóvenes, y una merma en la capacidad de alternar o cambiar el foco de atención (Hedden & Gabrieli, 2004; Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998). Dichos cambios tienen lugar a lo largo de toda la vida adulta, mientras que otros declives ocurren mucho más tarde en la vida. Entre estos últimos, puede mencionarse que aquellas tareas que han sido bien practicadas y/o que suponen algún tipo de conocimiento, así como la memoria semántica, presentan un declive nulo o muy leve hasta bien avanzada la vejez. Finalmente, también hay funciones cognitivas que se mantienen intactas a lo largo de la vida, entre ellas, la memoria autobiográfica, el procesamiento emocional, la teoría de la mente (o capacidad de atribuir estados mentales a otros individuos) y la memoria implícita (por la cual se conserva información de manera no consciente, que influye en el rendimiento posterior) (Hedden & Gabrieli, 2004). En cuanto al lenguaje, parece estar entre las funciones cognitivas que menos se alteran en el envejecimiento normal (Román Lapuente & Sánchez Navarro, 1998).

Por otro lado, el envejecimiento patológico se asocia al deterioro cognitivo leve (DCL) y a la demencia, y ambos suponen la aparición de cambios anómalos en el cerebro, como son las placas seniles y ovillos neurofibrilares (Henderson, 2017). Es importante señalar que si bien no hay una continuidad biológica entre el envejecimiento normal y la DTA, desde el punto de vista sintomatológico clínico y cognitivo, sí la hay (Allegri et al., 2005).

En el DCL, se presenta un deterioro cognitivo que no puede ser únicamente explicado a partir de la edad, como es el caso de los cambios descritos en el envejecimiento normal. No obstante ello, dicho deterioro no afecta la funcionalidad del individuo al punto tal de poder diagnosticarlo como un síndrome demencial (Allegri et al., 2005; Henderson, 2017).

Hay distintos subtipos de DCL descritos, y la relevancia de este síndrome reside en que los individuos que lo padecen pueden mejorar, permanecer estables o evolucionar hacia una demencia. Respecto de esto último, cabe señalar que entre el 8 y el 15% de personas con DCL evolucionan cada año a una demencia tipo Alzheimer (Allegri et al., 2005).

Por su parte, la demencia supone un deterioro global de las funciones cognitivas, con déficits en memoria y otras funciones, como pueden ser el juicio, el pensamiento abstracto, la organización y planificación, el lenguaje y el cálculo, entre otras (Tárraga & Boada, 1999). La edad constituye el mayor factor de riesgo para una demencia, aunque también existen otros factores, como pueden ser el nivel de escolaridad y los antecedentes familiares (Chrem & Amengual, 2015; Mangone, 2005).

Puede definirse la demencia como un declive de las funciones mentales, tanto cognitivas como conductuales, en ausencia de alteración de conciencia, lo suficientemente

severo como para generar una interferencia significativa en la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades de la vida diaria y funcionar de manera independiente (Chrem & Amengual, 2015; Kaplan & Sadock, 2009). Además, deben ser descartadas alteraciones mórbidas ya existentes, es decir, debe partirse de un estado cognitivo previo normal, y las funciones cognitivas deben ser evaluadas mediante tests neuropsicológicos que permitan la exploración de las diversas áreas para su diagnóstico y posterior seguimiento. Una vez dilucidado que la persona padece un síndrome demencial, debe realizarse un diagnóstico más preciso del tipo de demencia que presenta, para lo cual será necesaria la implementación de un examen físico, de laboratorio, estudios por imágenes, además de la evaluación neuropsicológica y los datos de anamnesis (Chrem & Amengual, 2015; Genovese, 2005).

Las demencias pueden ser clasificadas en función de diversos criterios, entre los cuales se destacan dos: según su etiología, pueden catalogarse como degenerativas, vasculares o producidas por otras causas; según la localización de sus lesiones, pueden distinguirse entre demencias corticales, subcorticales y axiales (Portellano, 2005).

La utilización de diversos criterios diagnósticos seguramente pueda colaborar en la individualización de las distintas entidades, al menos hasta tanto haya un conocimiento más acabado acerca de las bases genéticas y biomarcadores de estas patologías (Genovese, 2005).

3.2. Demencia

3.2.1. Demencia Tipo Alzheimer

La DTA es clasificada como una demencia neurodegenerativa cortical. Se caracteriza por presentar síntomas de deterioro cognitivo, de evolución insidiosa, progresiva e irreversible, de las funciones cerebrales superiores como la memoria, el lenguaje y el razonamiento, y los llamados síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) (Chrem & Amengual, 2015; Francés, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003; López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015). Un criterio diagnóstico fundamental de la DTA está vinculado al hecho de que la persona que la padece pierde la capacidad para realizar tareas habituales (Donoso, 2003), de manera progresiva, hasta llegar a la dependencia (Francés et al., 2003). Su curso evolutivo es variable, estableciéndose un término promedio de entre 6 a 12 años (Mangone, 2005).

Entre los síntomas de la DTA, se incluye una pérdida progresiva de memoria, dificultades en habilidades cotidianas, compromiso del juicio, dificultad en el aprendizaje, desorientación temporal y espacial (es decir, respecto del conocimiento de la situación presente en tiempo y en espacio, así como de la identidad personal), sucesiva pérdida de la

comunicación verbal (que se manifiesta en el inicio de la enfermedad con la anomia, y en fases avanzadas con afectación de la memoria semántica) y síntomas neuropsiquiátricos (Kaplan & Sadock, 2009; Mangone, 2005; Marín Ibáñez, 2009). Además, la capacidad de cálculo suele verse afectada, dado que es una actividad compleja que involucra varias funciones cognitivas (Marín Ibáñez, 2009). Típicamente, quienes la padecen no tienen conciencia del déficit (anosognosia), lo cual puede tener implicaciones en la seguridad del paciente y/o de terceros (Mangone, 2005) y, en estos casos, son generalmente los familiares los que advierten las dificultades de memoria, orientación temporal y/o espacial, o problemas para las actividades cotidianas (Bartoloni et al., 2015). Avanzada la enfermedad, habitualmente se evidencia un síndrome afaso-apracto-agnósico generalizado (Kaplan & Sadock, 2009). Respecto de las apraxias, muchas veces se evidencian cuando se le solicita al paciente que realice un determinado gesto, como puede ser el de peinarse, sin el objeto presente, mientras que en la vida diaria, con el objeto real en la mano, puede realizarlo sin inconveniente. Sin embargo, los pacientes con DTA moderado a severo pueden presentar dificultades para manipular objetos de uso cotidiano, o vestirse adecuadamente, entre otros ejemplos (Marín Ibáñez, 2009).

Como consecuencia de su enfermedad, las personas con demencia presentan dificultades para comunicar sus deseos o necesidades. Por esto, uno de los desafíos más grandes para el equipo de salud y para los cuidadores es poder interpretar las señales que brindan. No obstante esto, no existen fórmulas para manejar los diferentes síntomas o comportamientos (Szulik & Rubin, 2015). A pesar de que en las primeras descripciones de la DTA, ya se refería la coexistencia de síntomas psiquiátricos y cognitivos, a fines del siglo XX se impuso una valoración exclusiva de los síntomas cognitivos, obviando que los síntomas neuropsiquiátricos son inherentes al proceso y que pueden presentarse de forma precoz (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015). Entre los SPCD, se destacan la apatía, ansiedad, depresión, deambulación, agitación, agresión e irritabilidad; todos síntomas que impactan en la calidad de vida del paciente, en la sobrecarga del cuidador y en las posibilidades de maniobra del equipo terapéutico (Vinoos et al., 2017). Además de producir sufrimiento en el paciente y sus familiares, los SPCD empeoran el deterioro cognitivo y funcional de la persona, y muchas veces precipitan la institucionalización (Francés et al., 2003). Además, los SPCD presentan una alta prevalencia, con un patrón de agrupación muy variable debido a factores psicológicos y ambientales susceptibles de cambio, lo que supone una oportunidad para el tratamiento. Esto último en virtud de que los SPCD constituyen, en parte, un problema

evitable, acerca del cual muchas veces hay un desconocimiento acerca de los factores que los provocan (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz & Muñiz-Schwochert, 2012).

En las últimas décadas, el tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa ha demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de la DTA (Francés et al., 2003). En tal sentido, cabe señalar que generalmente se acude al tratamiento farmacológico como primera medida frente a los SPCD, aunque sus efectos suelen ser moderados. Ello, junto con la preocupación por los efectos adversos e interacciones medicamentosas, y los esfuerzos por reducir al mínimo posible la cantidad de medicamentos administrados a los pacientes con demencia, ha generado un creciente interés por los abordajes no farmacológicos. Además, los tratamientos farmacológicos no actúan sobre muchas de las causas para estos comportamientos indeseables, como pueden ser el aburrimiento, el aislamiento o la deprivación sensorial (Eggert et al., 2015).

La etiología de la enfermedad de Alzheimer (EA) es diversa, y en ocasiones puede ser hereditaria, pudiendo ser generada por mutaciones en el cromosoma 1, 14, 19 y 21 (Donoso, 2003; Mangone, 2005). A manera de hipótesis, podría plantearse que la fisiopatología de la EA esporádica es multifactorial. Así, factores ambientales, etarios y genéticos actuarían en combinación generando alteraciones de diverso tipo (Mangone, 2005). De patogenia compleja, la EA presenta pérdida de neuronas y conexiones sinápticas, así como placas seniles y degeneración neurofibrilar (Donoso, 2003). Entre las líneas más destacadas de investigación de los últimos años, se encuentran el estudio de los depósitos de amiloide en placas seniles y de la proteína tau en ovillos neurofibrilares. No obstante ello, los diagnósticos neuropatológicos resultan limitados, entre otros motivos, debido a que se han encontrado placas y ovillos neurofibrilares en personas sin demencia, sin una correlación directa entre la severidad de las lesiones y la severidad clínica presentada por los pacientes. Así, puede delimitarse un período preclínico, en el que el sujeto permanece asintomático durante años, a pesar de la existencia de lesiones en el tejido cerebral. En la actualidad, se puede arribar a un diagnóstico de DTA en estadio preclínico mediante el uso de biomarcadores, es decir, de métodos que permiten medir, en vivo y de manera específica, el proceso fisiopatológico de una enfermedad (Chrem & Amengual, 2015; López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015). En el caso de la EA, inicialmente, pueden estudiarse biomarcadores de acúmulo de amiloide en el cerebro; luego, biomarcadores de daño funcional; y ulteriormente, biomarcadores de daño estructural (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015). Cabe señalar que hay pacientes que, aún con biomarcadores positivos en una fase preclínica, no desarrollarán la EA. En Argentina,

estos estudios actualmente se utilizan principalmente en investigación o en pocos casos especiales (Chrem & Amengual, 2015).

Para el diagnóstico de la demencia y de la DTA, existen diversos sistemas de clasificación, entre ellos, el de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10). Según ésta, la demencia se incluye dentro de los trastornos mentales orgánicos, y es un síndrome fruto de una patología cerebral, crónica y progresiva, con déficits de múltiples funciones cognitivas, y en ausencia de alteración de la conciencia. Además, dicho deterioro se acompaña de alteraciones en el control emocional, de la conducta social o de la motivación, impactando en las actividades de la vida diaria. El cuadro debe tener una duración de al menos 6 meses, y el diagnóstico definitivo de la EA se realiza postmortem, con el hallazgo de exceso de placas neuríticas y degeneración neurofibrilar, respecto a lo esperable para la edad del cerebro (OMS, 1992). Al ser una clasificación de enfermedades, no contempla el período preclínico (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Otro de los sistemas de clasificación es el de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que en la quinta edición de su *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-5), introduce el concepto de *trastorno neurocognitivo*, reemplazando el de *trastornos mentales orgánicos*, de ediciones previas. Distingue un trastorno neurocognitivo mayor y uno menor, en función de la intensidad de los síntomas y su impacto en la funcionalidad del sujeto. Tampoco incluye un estadio preclínico, pero considera un período patológico antecedente, similar al DCL (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Según APA (2014), los criterios diagnósticos para un trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la EA son los siguientes:

- A. Se verifican los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el caso del trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados al menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la EA probable o posible, de acuerdo al siguiente esquema:

Para el trastorno neurocognitivo mayor o leve, debe diagnosticarse la EA posible, salvo que aparezca algo de lo siguiente, en cuyo caso se diagnostica la EA probable:

1. Evidencias de una mutación genética causante de la EA en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes: a) Evidencias claras de una disminución de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas); b) Declive progresivo, gradual y constante de la

capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas; c) Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa, cerebrovascular, neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo) (APA, 2014).

En los últimos años se han realizado actualizaciones de algunos criterios diagnósticos de la DTA, que corresponden a los criterios de Dubois et al. (2007) y a los criterios NIA-AA (*National Institute on Ageing – Alzheimer’s Association*); estos últimos son una revisión de McKahnn et al. (2011) de los criterios NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke y Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association*). A diferencia de las clasificaciones de la CIE y del DSM mencionadas anteriormente, los criterios de Dubois et al. (2007) y los NIA-AA (McKahnn et al. 2011), tienen en cuenta el período preclínico de la DTA, reconociendo estados presintomáticos que abarcan desde el inicio de las modificaciones cerebrales hasta los primeros cambios en la cognición. Esto último, a diferencia de los criterios de la CIE-10 y el DSM-5, favorece el diagnóstico precoz (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Clínicamente, los criterios de Dubois et al. (2007) subrayan la afectación progresiva y gradual de la memoria episódica durante al menos 6 meses, de manera aislada o asociada a otros déficits cognitivos, que siempre deberá ser objetivada mediante evaluaciones neuropsicológicas. A esto último se deberá añadir la presencia de biomarcadores como pueden ser la atrofia en el lóbulo temporal medial, la alteración del líquido cefalorraquídeo, alteraciones en pruebas de neuroimagen funcional con PET o una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado. Entre los criterios de exclusión de Dubois et al. (2007), se consideran la rápida instauración del cuadro, la existencia de enfermedades psiquiátricas o de condiciones médicas y/o farmacológicas que puedan explicar la clínica.

Por su parte, los criterios NIA-AA ofrecen una aproximación más clínica a la DTA, otorgándole relevancia a la exploración neuropsicológica de los distintos dominios cognitivos, al examen psicopatológico y a la evaluación funcional, y no únicamente a la afectación de la memoria (McKahnn et al. 2011). Ello supone una aproximación al diagnóstico que permite la prescindencia de los sofisticados estudios de biomarcadores, que los criterios de Dubois et al. (2007) sí requieren (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Únicamente los criterios NIA-AA de McKhann et al. (2011) incluyen como uno de los posibles criterios diagnósticos a los SPCD, por lo que puede decirse que su no inclusión en los demás sistemas diagnósticos mencionados supone un reduccionismo basado en una

extrema valoración del aspecto cognitivo. En tal sentido, cabe señalar que algunos SPCD pueden ser los primeros síntomas encontrados al inicio de la enfermedad (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

La consideración de estos criterios debe involucrar una anamnesis detallada, que incluya la información que pueda aportar la familia del paciente. Además, debe realizarse una evaluación médica general y neurológica, con pruebas neuropsicológicas de diversa complejidad. Actualmente se utilizan técnicas de cribado o *screening*, como el Minimental test de Folstein y el Test del reloj; así como pruebas de evaluación de funciones cognitivas completas, como pruebas de aprendizaje verbal y visual, pruebas de funciones ejecutivas con el Test de los Trazos y el *Wisconsin Card Sorting Test*, entre otras; y una evaluación clínica para valorar la actitud del paciente, la existencia de afasias, dificultades en lectoescritura y/o cálculo y apraxias. Los exámenes complementarios usuales son la tomografía computada cerebral (generalmente para descartar otras patologías), hemograma y VHS, perfil bioquímico y tiroideo, VDRL, nivel de vitamina B12 y ácido fólico y orina completa (Donoso, 2003).

3.2.2. Demencia Vascular

Después de la DTA, la demencia vascular (DV) es la segunda más prevalente (Kaplan & Sadock, 2009), y representa el 15-20% de todas las demencias (Ollari & Diez, 2015). Es considerada una demencia secundaria (Zuin, 2015), en tanto resultante de una disfunción cerebral causada por enfermedad cerebrovascular, ya sea de tipo isquémica o hemorrágica (Genovese, 2005; Ollari & Diez, 2015).

Aunque pueden describirse varios subtipos de DV según el patrón de afectación (infarto único en zona estratégica, múltiples infartos de grandes vasos, múltiples infartos de pequeños vasos, entre otros), la característica central está dada por un deterioro de inicio brusco, curso escalonado y con compromiso cortico-subcortical (Zuin, 2015). Sin embargo, no es posible hablar de un patrón cognitivo específico (Longoria Ibarrola, Salinas Contreras & Sosa Ortiz, 2016). Por su parte, la correlación con el evento vascular clínico y/o las neuroimágenes sirven al diagnóstico. Los criterios de consenso actuales exigen que el diagnóstico de DV se sustente en la evaluación neuropsicológica, historia de enfermedad cerebrovascular corroborada por neuroimágenes y una asociación razonable entre ambas (Ollari & Diez, 2015).

Entre los factores de riesgo para la DV, se destacan la hipertensión arterial, la diabetes, la resistencia insulínica, las dislipemias, la fibrilación auricular, la enfermedad coronaria, la

arteriosclerosis, el tabaquismo, el sobrepeso y el sedentarismo (Butler, Ahronheim, Fillit, Rapaport & Tatemichi, 1993; Ollari & Diez, 2015).

Por el momento no hay ningún tratamiento farmacológico específico aprobado para la DV, aunque algunos de los fármacos aprobados para la EA han mostrado una cierta acción favorable sobre las funciones ejecutivas, pero no se ha hallado repercusión sobre el funcionamiento global cotidiano (Ollari & Diez, 2015).

3.2.3. Demencia Mixta

La denominación de demencias mixtas corresponde a aquellas producidas por más de una causa, es decir, a procesos neurodegenerativos que cuentan con un componente vascular que incide de manera directa en el desarrollo de la enfermedad (Donoso, 2003; Longoria Ibarrola et al., 2016). El tipo de demencia mixta más frecuente es la asociación de la EA con lesiones vasculares clínicamente significativas (Longoria Ibarrola et al., 2016). Mediante neuroimágenes, se han advertido trastornos de tipo vascular en pacientes que clínicamente exhibían una demencia lentamente progresiva, como es el caso de la DTA. A la inversa, la presencia de patología vascular no es excluyente de la EA (Donoso, 2003). En tal sentido, algunos pacientes que padecen demencia tras un accidente cerebrovascular (ACV), presentan un curso progresivo (sugestivo de un trastorno degenerativo). Dada la alta prevalencia de patología cerebrovascular en adultos mayores con DTA, es probable que algunos pacientes presenten un trastorno ‘puro’, pero que la mayoría presente procesos patológicos que se superponen (Merino & Hachinski, 2002). Por ello, es cuestionable el verdadero papel que cumplen las lesiones vasculares en entidades como en la EA (Longoria Ibarrola et al., 2016).

Quizás la evidencia más sugestiva de asociación entre DTA y DV sea que ambas comparten numerosos factores de riesgo, como pueden ser: la edad, ataques isquémicos transitorios, ACV, bajo nivel de escolaridad, depresión, hipertensión, patologías coronarias, episodios de trombosis, arterioesclerosis, alta ingesta de grasas saturadas, sedentarismo, entre otros (Chrem & Amengual, 2015; de la Torre, 2009). Incorporar la noción de procesos neurodegenerativos y vasculares que interactúan entre sí en la generación de demencia tendrá importantes implicancias terapéuticas: desde esta perspectiva, tiene sentido tratar a los pacientes con algún tipo de enfermedad cerebrovascular con medicación que se indica para EA, así como tratar fuertemente aquellos factores de riesgo vasculares en pacientes con DTA, para prevenir futuros daños vasculares en sus cerebros (Merino & Hachinski, 2002).

3.3. Neuropsicología: fundamentos biológicos de sus intervenciones

Este trabajo se desarrolló desde el enfoque de la neuropsicología, ciencia interdisciplinaria que estudia la relación entre cerebro y conducta, centrándose en los procesos cognitivos superiores (pensamiento, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, percepción y motricidad), tanto en personas sanas como en aquellas con algún tipo de daño cerebral (Portellano, 2005), como puede ser una demencia. También puede considerarse a la neuropsicología como una especialidad clínica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de las dificultades cognitivas, conductuales y emocionales que pueden ser producto de una disfunción cerebral (Drake, 2007).

Como propósito general, la neuropsicología actual se plantea caracterizar las fortalezas y debilidades en las funciones cognitivas junto con la explicación de la conducta exhibida por un paciente, y lo hace mediante tests neuropsicológicos. Así, la evaluación neuropsicológica tiene como objetivos: colaborar con el diagnóstico; valorar las consecuencias de una enfermedad ya diagnosticada; describir el funcionamiento cognitivo presente de un sujeto, estableciendo las capacidades preservadas y aquellas alteradas; planificar un tratamiento de rehabilitación cognitiva; evaluar el impacto de un tratamiento; objetivar modificaciones en el tiempo; aportar información para el cuidado y seguimiento del paciente, así como información y asesoramiento a sus familiares (Drake, 2007).

Entre los fundamentos biológicos de las intervenciones neuropsicológicas, se pueden contar la neuroplasticidad y la reserva cognitiva. La estimulación y la rehabilitación cognitiva son posibles en tanto el cerebro posee una capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, lo cual tiene que ver con procesos de plasticidad cerebral y neuronal. Esta característica del sistema nervioso central de modificar la organización funcional de sus circuitos neuronales en función de la experiencia, se conserva durante todo el ciclo vital, y permite los procesos de compensación ante un daño (Demey, 2015). Cabe señalar que el término *rehabilitación cognitiva* se aplica en aquellos casos en que el daño es de tipo no progresivo, y se busca alcanzar una mejora. En el caso de los procesos neurodegenerativos, como es el caso de la DTA, se reserva el término de *estimulación cognitiva* (Feldberg & Somale, 2015), y ésta puede contribuir enlenteciendo la evolución hacia fases más avanzadas de la enfermedad (Demey, 2015). No obstante lo expuesto, generalmente en la práctica se utiliza el término de *rehabilitación cognitiva* en alusión a ambos casos (Feldberg & Somale, 2015).

A pesar de que los déficits cognitivos son posiblemente el mayor foco de la rehabilitación neuropsicológica, hay un creciente reconocimiento acerca de la necesidad de considerar las consecuencias emocionales y psicosociales de las lesiones cerebrales en los programas de rehabilitación. Más aún, no siempre es sencillo separar unos de otros. No solo la emoción

afecta al pensamiento y a la conducta, sino que los déficits cognitivos pueden verse exacerbados por las alteraciones emocionales y causar problemas de conducta (Wilson, 2006). Por lo tanto, el tratamiento psicológico de las alteraciones emocionales fruto del daño cerebral también se incluye dentro del campo de la rehabilitación cognitiva (Portellano, 2005).

En relación a la indiscutible variabilidad interindividual de los sujetos que tienen algún tipo de daño cerebral, entre los cuales se encuentran aquellos con demencia, es importante recurrir al principio de validez ecológica de las intervenciones neuropsicológicas. En tal sentido, los programas de estimulación cognitiva deben ser personalizados, y el neuropsicólogo debe hacer foco en el aprovechamiento de la plasticidad cerebral junto a las variables personales específicas al momento de desarrollar los programas de rehabilitación (Portellano, 2005).

Por su parte, el concepto de reserva cognitiva se ha empleado para dar cuenta de las diferencias entre el nivel de daño cerebral de una persona y el nivel esperado de desempeño cognitivo (Barulli & Stern, 2013). Además, se ha usado para explicar las diferencias entre individuos respecto a la susceptibilidad a las modificaciones del cerebro producidas por la edad y a la patología, como pueden observarse en las DTA. La reserva o resto cognitivo parecería actuar como una suerte de moderador entre la patología y la manifestación clínica. Por lo tanto, la reserva cognitiva sugiere que el cerebro intenta lidiar activamente con la patología, usando mecanismos compensatorios o procesamientos cognitivos preexistentes (Stern, 2012). Así, en una persona con mayor reserva cognitiva, será necesario que presente mayores niveles de patología para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de DTA, retrasando de esta manera el comienzo de la demencia. No obstante ello, cualquiera sea el nivel de desempeño cognitivo, la DTA será más severa en individuos con mayor reserva cognitiva: una vez que el deterioro cognitivo comienza, éste es más rápido en dicho grupo de personas (Barulli & Stern, 2013).

Por último, cabe señalar que la reserva cognitiva suele estimarse usando variables proxy para actividad cognitiva y exposiciones a lo largo de la vida, como pueden ser la escolaridad, medidas de inteligencia cristalizada (por ejemplo, el vocabulario), el número de actividades intelectualmente estimulantes, grado de complejidad ocupacional y estatus socioeconómico (Barulli & Stern, 2013).

3.4. Atención Centrada en la Persona

En el abordaje de las demencias, desde fines del siglo XX, ha surgido un nuevo paradigma, conocido como la atención centrada en la persona (ACP). Éste sostiene que la

demencia es un padecimiento que debe ser comprendido desde una perspectiva biopsicosocial, y que las conductas problemáticas que suelen surgir en personas con dicha patología, deben entenderse como intentos de comunicación. Cabe destacar que, si bien en la práctica puede haber cierta familiarización con las ideas que engloba este concepto, no debe desestimarse lo innovadoras que resultaron cuando surgieron por primera vez, en respuesta a prácticas deshumanizantes de atención (Brooker, 2013). En tal sentido, la ACP critica al modelo gerontológico tradicional y emerge como una corriente alternativa a éste y a los modelos paternalistas, en los cuales el control de la atención es exclusivamente ejercido por el profesional (Martínez Rodríguez, 2015).

Los orígenes de la ACP se remontan a la labor de Carl Rogers y la terapia centrada en el cliente, siendo Tom Kitwood quien utilizó por vez primera el término *centrado en la persona* en el contexto de la atención de personas con demencia (Brooker, 2013). Kitwood (1997) sostiene que hay mucho por aprender en lo referido a la creación de una nueva cultura de atención, y que es necesario dejar de lado varias tradiciones heredadas que contienen prácticas y creencias equivocadas. Este autor utiliza el término *psicología social maligna* para referirse críticamente a todos aquellos tratos que caracterizan la desvalorización de la persona, como son la condena, estigmatización, infantilización, cosificación y el desempoderamiento. Si bien son muy pocas personas las que deliberadamente emplean estos tratos malintencionadamente, son conductas que ocurren con mucha frecuencia en los servicios de atención a personas con demencia en todo el mundo (Brooker, 2013). Esto podría ejemplificarse con las prácticas que utilizan la aplicación de sujeciones en el ámbito de las residencias geriátricas. Dichas sujeciones pueden ser físicas (todas aquellas sujeciones que restrinjan la libertad de movimiento de la persona, o el acceso libre a cualquier parte de su cuerpo, a través de la aplicación de un método físico sobre ella, del cual no pueda desprenderse con facilidad) o químicas (administrando medicamentos para controlar el comportamiento o restringir el movimiento libre del paciente, sin que éste constituya un tratamiento estándar para la condición psicológica o médica que presenta) (Burgueño Torijiano, 2013).

Entre sus cimientos, y en contraposición a la psicología social maligna, la ACP entiende que la atención debe esencialmente reconocer la condición de persona de cada ser humano (Brooker, 2013). Esta última, según Kitwood (1997), se relaciona con la individualidad. Paradójicamente, en una época que ha exaltado y exalta el individualismo prácticamente como un valor supremo, es notorio cómo hay una grosera indiferencia hacia la individualidad, hacia aquello que vuelve a la persona única y que abarca lo que cada uno reconoce como su personalidad, lo que le agrada, lo que le desagrada, sus capacidades, intereses, valores y

creencias. Todo ello pareciera desvanecerse, eliminando toda forma de diferenciación, detrás de la etiqueta de demencia (Kitwood, 1997).

Ahora bien, el término ACP no es unívoco (Brooker, 2013; Martínez Rodríguez, 2013, 2015) y, según Martínez Rodríguez (2015), posee al menos tres acepciones: (i) como enfoque, (ii) como modelo de atención o (iii) como intervenciones y metodologías afines.

- (i) Como enfoque, supone una serie de enunciados que guían la atención en función de cierta visión de la persona, que engloba el reconocimiento de su dignidad, su singularidad, el respeto a su autonomía y valores.
- (ii) Como modelo de atención, incluye diversos componentes que pueden agruparse en dos dimensiones: la atención personalizada y el entorno.

La primera de ellas supone el reconocimiento de cada persona como un ser valioso y único, así como de su autonomía, su biografía, su perspectiva, el cuidado personalizado y el vínculo social. Martínez Rodríguez (2015) cita a Brooker como una de las autoras que entienden así esta dimensión. Brooker (2013) sostiene que la ACP abarca cuatro áreas, y las conceptualizó a través del acrónimo 'VIPS' que, por sus siglas en inglés, significa 'personas muy importantes'. Dichas áreas hacen referencia al valor de toda vida humana (V), a la importancia de tratar a las personas como individuos (I), tratando de adoptar la perspectiva de cada uno de ellos (P), y teniendo en cuenta que, como todos nosotros, las personas con demencia son seres sociales (S).

La segunda dimensión se refiere a un entorno positivo, en relación al espacio físico, a diversas variables de la organización y a la actividad cotidiana.

- (iii) Como intervenciones y metodologías afines, abarca diversas prácticas, estrategias y/o técnicas más afines a este enfoque, como pueden ser, entre otras, la intervención a través de reminiscencias, o la incorporación de la biografía en el diseño del plan de atención.

Así, cabe decir que puede haber un enfoque común al hablar de ACP, pero no un único modelo (Martínez Rodríguez, 2013).

Aplicado a servicios gerontológicos, el enfoque de la ACP busca defender los derechos de los adultos mayores y particularmente su autodeterminación. En tal sentido, no debe confundirse la ACP con otros abordajes clásicos que también buscan la atención personalizada, sino que la diferencia fundamental radica en el rol activo que la ACP otorga a aquellos a quienes se orienta, con las consecuencias que ello conlleva en la relación asistencial (Martínez Rodríguez, 2015).

3.5. Música y Demencia

Desde un enfoque terapéutico, hay actividades que promueven la ACP usando la música como medio de estimulación. Un motivo posible para ello es que la música es un lenguaje universal que permite la *identidad emisor-receptor*, que ambos interlocutores comprenden independientemente de su educación, ya que se asienta en el plano no verbal. Así, posibilita un acceso inmediato a los diversos niveles de funcionamiento humano: físico, afectivo-emocional e intelectual (Camacho Sánchez, 2006).

La música tiene el poder de afectarnos a todos de múltiples maneras: puede calmarnos, animarnos, emocionarnos, reconfortarnos, pero para aquellas personas con diversos tipos de afecciones neurológicas puede resultar especialmente poderosa y de gran potencial terapéutico (Sacks, 2007). En tal sentido, la música es un estímulo capaz de activar múltiples circuitos neuronales en diversas áreas del cerebro, que participan en forma sucesiva y/o simultánea integrando distintos elementos, como pueden ser la familiaridad de la melodía, el reconocimiento de la letra, la afectividad y otros tantos (García-Casares, Berthier Torres, Froudish Walsh & González-Santos, 2011).

El modelo cognitivo musical de Peretz y Coltheart (2003) propone que la facultad musical no es una entidad monolítica, de la cual pueda decirse que una persona la tiene o no la tiene. Antes bien, comprende una serie de componentes de procesamiento que pueden concebirse independientemente a nivel neural. Así, dichos autores proponen una arquitectura funcional para el procesamiento musical que supone las propiedades típicas de una organización modular. Sucintamente, puede decirse que el mencionado modelo plantea que en la recepción de la música intervienen dos redes o sistemas que operan de forma complementaria, paralela e independiente: (i) el sistema melódico, que procesa la melodía, discriminando tonos (cada nota de la melodía) e intervalos (o la relación entre dichas notas), integrándolos en una percepción global; y (ii) el sistema temporal, que se ocupa del procesamiento del tiempo de la música, mediante el ritmo (duración de las notas) y la métrica musical (partes fuertes y débiles por unidad de tiempo determinado por el compás) integrándolos en una percepción global. Ambos sistemas remiten información al lexicón musical, que contiene el repertorio musical, la representación perceptiva de todas las obras musicales a que uno haya estado expuesto a lo largo de la vida, y también la memoria musical. Esta última mantiene un registro que incorpora cualquier pieza musical nueva, e incluye el reconocimiento tanto de melodías familiares como de las no familiares (García Casares et al., 2011). Además, hay un componente de análisis de expresión emocional, que recibe información de ambos sistemas mencionados, permitiendo el reconocimiento y la experimentación de la emoción expresada

por la música. Sin embargo, aún debe estudiarse hasta qué punto el componente de análisis de expresión emocional es específico para la música, respecto de otro tipo de procesamiento emocional (Peretz & Coltheart, 2003).

Cabe mencionar que varios estudios (e.g., Baird & Samson, 2009; Crystal, Grober & Masur, 1989; Cuddy & Duffin, 2005) señalan la preservación de las facultades musicales en demencias avanzadas. Si bien hay una marcada diferencia entre aquellos pacientes con demencia leve, que aún conservan cierta independencia, y aquellos con demencias muy avanzadas, la música puede ser igualmente importante para ambos (Sacks, 2007).

Desde una perspectiva neuropsicológica, la relación entre la música y diversas funciones cognitivas en la demencia aún debe ser exhaustivamente estudiada. A pesar de ello, el estudio de casos únicos y la bibliografía existente permiten valorar los efectos positivos que la música produce en pacientes con DTA. Además, el procesamiento musical en dichos pacientes supone una oportunidad para que la neuropsicología reconsidere el mencionado procesamiento dissociado de otras funciones cognitivas (Rubinstein & Moltrasio, 2017).

Entre las actividades que fomentan la ACP mediante la música, pueden mencionarse la musicoterapia y el uso de música personalizada. En ambos casos, la música puede producir un efecto más allá de las personas a quienes se dirige la intervención musical, es decir, en otras personas del entorno (sean otros pacientes y/o cuidadores), por lo que se presentan como alternativas de sumo interés en el tratamiento no farmacológico de la DTA (Gerdner & Swanson, 1993).

3.5.1. Musicoterapia

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (World Federation of Music Therapy, [WFMT], 2011), dicha disciplina supone el uso profesional de la música y sus elementos con individuos o grupos, en ámbitos médicos, educativos y cotidianos, en pos de optimizar su calidad de vida, su salud y bienestar.

En la práctica, la musicoterapia es muy diversa (según en qué institución se desarrolle, ante qué tipo de sujetos, según cada profesional y la perspectiva que adopte, etc.), lo que dificulta abarcar con una sola definición todo su quehacer (Bruscia, 2007). Son también diversas las técnicas aplicadas a un sujeto, mediante la instrumentación de la música, a través de las cuales la musicoterapia es capaz de crear una vía de comunicación. En tal sentido, en sujetos que no se expresan oralmente –como puede ser el caso en demencias avanzadas- esta terapia no verbal es capaz de inaugurar un canal de comunicación, que ayuda a combatir el estrés (Satinosky, 2006). Ello significa un aporte importante en el tratamiento de las

demencias, en las que se cree que los SPCD resultan de una disminución en el umbral de tolerancia al estrés, y la musicoterapia trabajaría aumentando dicho umbral de tolerancia ante estímulos estresantes ambientales (Gómez Gallego & Gómez García, 2017). Además de este impacto en lo conductual, es notable cómo -desde una perspectiva cognitiva- la presencia de un musicoterapeuta que comienza a tocar música frente a este tipo de pacientes, aparentemente absortos en su propio mundo, puede no sólo captar su atención sino también sostenerla por algunos minutos (Sacks, 2007).

Los pacientes con demencia parecen estar abiertos a los estímulos musicales y receptivos a la música. Por lo tanto, puede acrecentarse la implementación de elementos musicales para facilitar la comunicación y la expresión a medida que la enfermedad progresa. En tanto la música mejora las habilidades comunicativas, no sólo los pacientes, sino también sus cuidadores, se beneficiarán con la musicoterapia (Aldridge, 2001).

Son cuatro los métodos principales de la musicoterapia: la improvisación, la recreación, la composición y la escucha de música (Bruscia, 2007). Además, existen diversas técnicas, que de manera general pueden agruparse en: técnicas activas y técnicas receptivas. En las primeras, los pacientes participan de manera directa en todo lo que ocurre en la sesión; en las segundas, hay una menor exigencia de participación de los pacientes (Gómez Gallego & Gómez García, 2017). En las formas activas, los pacientes tocan, improvisan o componen música, a través de lo cual exploran sus recursos por medio del sonido y expresan sus sonidos, mientras que en las formas receptivas, los pacientes reciben el sonido en su cuerpo, reviven y recuerdan sus experiencias en él (Bruscia, 2007).

Finalmente, se pueden diferenciar comportamientos musicales y comportamientos extra-musicales. Entre los primeros, se incluyen: procesos musicales (como tocar un instrumento, escuchar, cantar o moverse con la música) y la manera en que ello es llevado a cabo por la persona con demencia (sea de manera creativa, organizada o perseverativa). Todo lo cual puede aportar información en relación a la atención y habilidades psicomotoras. Entre los comportamientos extra-musicales, se incluyen las respuestas emocionales reveladas por la expresión facial, física o postural del paciente, y las respuestas verbales (Tan et al., 2018).

3.5.2. Music & Memory

Por su parte, Music & Memory es una organización sin fines de lucro, que surgió en el año 2010 en Estados Unidos. Cuatro años antes, su fundador -Dan Cohen-, lo concibió a partir de una idea: si algún día llegara a vivir en una residencia geriátrica, querría seguir teniendo la posibilidad de escuchar su música favorita de los años '60. Así, bajo el mismo nombre de su

organización, ideó un programa que propuso incorporar los dispositivos iPod en instituciones geriátricas para proveer de música personalizada a sus residentes. Su objetivo inicial fue ayudar a personas con DTA y otras demencias a reconectarse con el mundo a través de su música favorita. Hoy, el programa se ha extendido especialmente en Estados Unidos, Canadá, Europa, y también lo ha hecho en otros países del mundo. Es aplicado en personas con distintos tipos de demencia, enfermedad de Parkinson, depresión, y otras dificultades conductuales, e incluso para aquellos pacientes que experimentan dolor (Music & Memory, 2017).

Este programa se sustenta en la noción de que la música está fuertemente asociada a los recuerdos personales. Incluso para personas con demencias severas, la música puede activar un profundo recuerdo emocional (Garland, Beer, Eppingstall & O'Connor, 2007; Gasull, 2017; Kwak, Brondino, O'Connell Valuch & Maeda, 2016). En este sentido, es necesario resaltar que un factor clave en el éxito de las intervenciones basadas en música personalizada tiene que ver con la identificación de las preferencias musicales (Gerdner, 2000; Kwak et al., 2016). Al hablar de música personalizada se hace referencia a aquella música que ha sido integrada en la vida de la persona, y que está basada en su preferencia personal. Así, la selección musical tiene que tener un significado específico en la vida de la persona, por lo que es crucial realizar una indagación profunda al respecto. Por ello, es importante recabar la mayor cantidad de información posible, de manera de poder incluir los títulos de canciones, artistas, y preferencia por música cantada o instrumental (piano, guitarra, orquesta, etc.). Para ello, podrían incluirse las preferencias musicales dentro de la evaluación inicial de admisión de cada paciente a una residencia, y dicha información puede ser enriquecida con el aporte de sus familiares (Gerdner, 2000).

Escuchar las canciones favoritas, o aquellas asociadas a eventos importantes para el sujeto, permite a las personas con demencia y otras patologías neurodegenerativas volver a conectarse con recuerdos significativos de su vida. A pesar de que dicha reconexión es temporal, le permite al individuo restaurar una y otra vez el sentido de sí mismo, a menudo desvanecido detrás de la patología (Gassull, 2017). El sí mismo puede ser entendido como un conjunto organizado y cambiante de percepciones (atributos, cualidades, impulsos y actitudes) que el sujeto reconoce como descriptivas de su persona (Rogers, 1947). Esto contribuye a mejorar su calidad de vida a partir de la escucha de su música personalizada, en tanto aparta el aburrimiento, disminuye tanto la apatía como la agitación, y la deambulación, posibilitando un nuevo canal de comunicación con sus familiares y cuidadores (Gassull, 2017).

Music & Memory es un programa de bajo costo, que ha sido asociado, entre otros beneficios, con una reducción en el uso de antipsicóticos y ansiolíticos, y con la disminución de SPCD en personas con DTA y otras demencias que viven en residencias geriátricas (Thomas et al., 2017). Escuchar las canciones favoritas o aquellas asociadas a eventos importantes para el sujeto, puede evocar recuerdos pasados, muchas veces ayudando a que el residente se sienta más calmo y conectado con otros residentes, cuidadores, familiares y amigos (Vinoos et al., 2017).

Finalmente, es importante destacar que Music & Memory se distingue de la musicoterapia tradicional. En esta última, hay producción de música en vivo, en interacción con un musicoterapeuta profesional con el cual se establece un vínculo, utilización de instrumentos así como del propio cuerpo, entre otras de sus características (Camacho Sánchez, 2006). En cambio, el programa Music & Memory puede ser implementado por un familiar y/o cualquier tipo de personal a cargo de la persona con demencia, tras una breve capacitación, y mediante el uso de auriculares y del dispositivo iPod que contenga la música preferida del paciente (Music & Memory, 2017). En relación a esto último, previo a la implementación del programa, al menos una de las personas a cargo del paciente debe completar un entrenamiento de 3 sesiones de 90 minutos cada una, en las cuales se hace foco en: (i) los beneficios del programa Music & Memory y las cuestiones legales relacionadas con compartir música, (ii) cómo crear listas de música personalizada en iTunes y (iii) cómo introducir el programa y extenderlo en el tiempo (Thomas et al., 2017).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El presente es un estudio descriptivo de caso.

4.2. Participantes

Residente de 89 años, de nacionalidad argentina, viuda, dos hijas. En el pasado, la residente fue ama de casa y practicaba canto lírico. Hace 11 años padeció un ACV y 3 años más tarde fue diagnosticada con demencia mixta. Se encuentra en la institución desde hace 5 años. Entre los antecedentes familiares relevantes se destaca DTA y Enfermedad de Parkinson.

Profesionales de la Residencia: Participó una psicóloga especialista en neuropsicología, de entre 35 y 40 años, que trabaja en la institución desde hace aproximadamente 8 años, y es coordinadora del área cognitivo-funcional de la misma. También participó una de las

musicoterapeutas de la institución, de aproximadamente 35 años, con una antigüedad en la misma cercana a los 9 años.

4.3. Instrumentos

- Historia clínica: interesaron particularmente los datos de anamnesis, diagnóstico, evaluación neuropsicológica de la residente e informes de terapia ocupacional.

- Observación no participante de las intervenciones en musicoterapia grupal.

- Observación no participante de la aplicación del programa Music & Memory.

- CMAI -Inventario de Agitación Cohen-Mansfield- (Cohen-Mansfield, 1991), versión modificada (M-CMAI): el instrumento original fue creado con el propósito de medir la frecuencia de manifestaciones de comportamiento agitado en adultos mayores. Dicho inventario se compone de 29 ítems, correspondientes a distintos síntomas comportamentales de agitación, que deben ser evaluados durante 2 semanas por parte de sus cuidadores primarios, en una escala Likert de 7 puntos, donde 1 corresponde a *Nunca* y 7 corresponde a *Varias veces por hora*. Para este trabajo se utilizó una versión modificada, de uso interno al grupo de investigación, para poder evaluar la presencia de signos de agitación en momentos previos y posteriores a la intervención con el programa Music & Memory. Con ese propósito, fue utilizado otorgando un punto por cada ítem presente, tanto en los 5 minutos previos como en los 5 minutos posteriores a la aplicación del programa de música personalizada.

- Escala MiDAS -Music in Dementia Assessment Scales- (McDermott, Orrell & Ridder, 2015), versión modificada: en su versión original, es el primer instrumento para medir cuantitativamente los resultados de la musicoterapia de manera específica en personas con demencia. Busca evaluar si hay cambios en el bienestar de una persona con demencia tras su participación en musicoterapia, a través de siete preguntas. En las primeras cinco preguntas deben puntuarse los comportamientos del 0 al 100, la sexta es una pregunta de opciones múltiples, y la séptima permite agregar comentarios adicionales. Por cada sesión de musicoterapia, se deben realizar cuatro mediciones: la primera de ellas, por su cuidador, previo a la intervención con musicoterapia; la segunda, por el musicoterapeuta, basándose en los 5 primeros minutos de intervención; la tercera, también por el musicoterapeuta, de acuerdo a los 5 minutos más significativos de la sesión; la cuarta, por su cuidador, después de varias horas de transcurrida la intervención con musicoterapia. Para el presente trabajo, se realizó una modificación de uso interno al grupo de investigación, tomándose únicamente las medidas correspondientes a los 5 minutos previos y a los 5 minutos más significativos de la sesión de música personalizada del programa Music & Memory.

- Escala MTED -Music Therapy Engagement scale for Dementia- (Tan et al., 2018): busca evaluar los comportamientos musicales y los extra-musicales del proceso de musicoterapia y, por ende, de sus efectos. La misma puede ser aplicada tanto por musicoterapeutas como por personas con conocimientos mínimos de música. Consta de cinco ítems, que describen comportamientos que deben puntuarse en una escala Likert de 1 a 4. Para el presente trabajo, se utilizó para valorar los comportamientos musicales y extra-musicales durante la sesión de música personalizada del programa Music & Memory.

- Entrevista semi-dirigida a la psicóloga de la institución, con el objeto de recabar información sobre el estado cognitivo y funcional de la residente, y de indagar cómo se lleva a cabo la aplicación del modelo de ACP, puntualizando sus alcances y limitaciones en la práctica concreta.

- Entrevista semi-dirigida a la musicoterapeuta de la residencia, para recabar información acerca de la organización del taller, el diseño y elección de las actividades propuestas, y de sus posibilidades de aplicar en su labor con los pacientes el modelo de ACP.

4.4. Procedimiento

Para la elaboración del presente trabajo se accedió a la historia clínica de la paciente para relevar datos de anamnesis, diagnóstico y perfil neuropsicológico.

También se realizaron entrevistas semi-dirigidas a la psicóloga y a la musicoterapeuta de la institución, respectivamente.

Asimismo, se observó a la residente en los talleres grupales de musicoterapia (siempre realizados con la misma musicoterapeuta), 2 veces por semana, durante un mes. También se la observó 5 minutos antes y 5 minutos después de la aplicación del programa Music & Memory por un lapso de 15 minutos, 2 veces por semana (una por la mañana, otra por la tarde), por el transcurso de 2 semanas, registrando su conducta a través del M-CMAI, MiDAS (en su versión modificada) y MTED.

5. Desarrollo

El presente trabajo se desarrolló a partir de la colaboración en un proyecto de investigación en una residencia especializada en Alzheimer y otras demencias, que está certificada por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) como un centro libre de sujeciones. Esto supone, primordialmente, una actitud de los profesionales a cargo del cuidado de adultos mayores, y se refiere tanto a sujeciones físicas como a sujeciones químicas. Entre las primeras, se encuentran todas aquellas sujeciones que limiten la libertad de movimiento de la persona, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante un

método físico aplicado sobre ella, del cual no pueda desprenderse con facilidad. Por su parte, la sujeción química tiene que ver con aplicar medicaciones para controlar el comportamiento o restringir el movimiento libre de la persona, sin que éste constituya un tratamiento estándar para la condición del paciente, ya sea médica o psicológica (Burgueño Torijiano, 2013).

Esta forma de entender el trato que merecen los adultos mayores se vincula al modelo de Atención Centrada en la Persona, en tanto procura el respeto a la condición de persona de cada ser humano, evitando su cosificación (Brooker, 2013), y en cuanto tiene en consideración en la atención una cierta visión de la persona y de su dignidad (Martínez Rodríguez, 2015).

5.1. Descripción del perfil neuropsicológico de una paciente con demencia mixta, residente de una institución geriátrica.

La residente tiene 89 años y desde hace 5 años es usuaria de una residencia especializada en demencias. Respecto a sus estudios, completó la escuela secundaria y fue ama de casa. Entre sus antecedentes médicos relevantes, en la historia clínica se detalló: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia venosa crónica y dislipemias. Todos ellos, incluida su edad, son factores de riesgo para la DV (Butler et al., 1993; Ollari & Diez, 2015), así como para la EA (de la Torre, 2009). En efecto, se detalla que hace 11 años padeció un ACV, tras el cual comenzó a manifestar trastornos cognitivo-conductuales. Este último dato sugiere la presencia de una disfunción cerebral como consecuencia de una lesión cerebrovascular (Genovese, 2005; Ollari & Diez, 2015), produciendo un deterioro de inicio brusco, propio de una DV (Zuin, 2015). Tres años después de dicho ACV, la residente fue diagnosticada con demencia mixta, lo cual se condice con los estudios que afirman que, si bien existen pacientes con cuadros puros, la mayoría de ellos presenta una superposición de patologías (Merino & Hachinski, 2002). Además, el caso de la residente resulta ilustrativo del tipo de demencia mixta más frecuente, constituido por la asociación de la EA con lesiones vasculares clínicamente significativas (Longoria Ibarrola et al., 2016).

También de la historia clínica se desprende que la residente presenta SPCD, especialmente con manifestaciones de agresividad verbal, quejas y negativismo. A su vez, esto fue corroborado mediante la observación no participante, en momentos previos a una sesión de musicoterapia grupal. En dicha ocasión, estando la residente sentada en el comedor, alguien pasó por detrás suyo –sin siquiera rozarla, dirigiéndose a otro sector del comedor-, y comenzó a quejarse pidiendo: *no quiero que pasen, por favor no pasen más por acá, eh*, señalando el espacio a su espalda. Acto seguido, una asistente le anunció que iba a moverle un poco la

silla, ya que le estaba dando la espalda a otra residente (a quien buscaban integrar en una ronda de sillas), y ella contestó en tono de queja: *yo no me quiero mover, estoy cómoda así. No quiero ver a nadie*. En otra ocasión, al advertir que la residente no se encontraba presente en el taller de musicoterapia, se consultó a la asistente por los motivos de su ausencia, a lo que ésta respondió: *no vino porque no quería, estaba enojada. Y cuando se enoja... agarrate*. Algunos ejemplos que se detallan en la historia clínica, a lo largo de su estadía en la residencia, son: tono de agresividad verbal; resistirse en una oportunidad a que le realicen la evaluación neuropsicológica, o resistirse a realizar determinadas pruebas de la misma; resistirse y mostrar hostilidad en una ocasión en que debían realizarle una extracción de sangre. En este último caso, tras el episodio, según los registros del médico clínico, le manifestó: “nunca más me van a sacar sangre por mi voluntad”. Otro ejemplo detallado en un informe de la terapeuta ocupacional, señala que durante un tiempo la residente no quería lavarse el cabello, aduciendo que quería que se lo lavaran en la peluquería. Sin embargo, el día que correspondía ir a la peluquería, se rehusaba a ir. Además, en dicho informe también se reporta que en ocasiones manifiesta negatividad a la actividad de baño, y que no se climatiza la temperatura del espacio para la actividad de ducha ya que, las veces que la asistente lo hizo, la residente mostró rechazo para ingresar al baño. Respecto de dicha actividad, también se describe que no se muestra agresiva, pero sí presenta quejas y negativismo, y que en ocasiones también llora. Finalmente, su médico clínico puntualiza que en las revisiones, desde fines del año pasado, verifica cierta desinhibición frontal, presentando actitudes no habituales (canta o tararea mientras es revisada por el doctor), aunque dicho profesional deja asentado que éstas no alteran a la paciente ni a su entorno. Todo lo ejemplificado avala las descripciones teóricas de la DTA, que refieren la coexistencia de sintomatología cognitiva y psiquiátrica (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015), y con una alta prevalencia de esta última (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz & Muñiz-Schwochert, 2012). En tal sentido, se destaca que quince días antes de ingresar a la residencia presentó un cuadro de neumopatía, por el cual fue internada, con posterior deterioro funcional y trastorno del sueño, que ocasionó mayores problemas en el manejo domiciliario. Dichas dificultades llevaron a su familia a tomar la decisión de institucionalizarla. De este modo es evidente que los SPCD no sólo tienen un impacto en la propia persona, sino también en su entorno, siendo muchas veces los que precipitan la institucionalización (Francés et al., 2003; Vinoa et al., 2017).

Su última evaluación cognitiva se realizó hace dos meses, y en ella se reportan fallas en múltiples dominios cognitivos que incluyen la atención, la memoria, el lenguaje, las praxias gestuales y las habilidades visuoespaciales. Todo ello se corresponde con las

caracterizaciones de la demencia, que la definen como un declive de las funciones mentales (cognitivas y conductuales), sin alteración de conciencia, lo suficientemente severo como para generar una interferencia significativa en la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades de la vida diaria y funcionar de modo independiente (Chrem & Amengual, 2015; Kaplan & Sadock, 2009).

En la mencionada evaluación se informa que la residente se mostró desorientada temporalmente, sin conseguir referir el año, mes, día, fecha ni estación del año en la que se encontraba. Asimismo, se registra que se presentó desorientada en espacio, siendo incapaz de referir el país, el barrio, el piso y el lugar donde se encontraba. En cuanto a la orientación personal, se describe que la residente no consiguió evocar correctamente su edad, pero pudo evocar correctamente su nombre completo. Esto es consistente con las alteraciones propias de la demencia en relación a la orientación, es decir, al conocimiento de la situación presente en tiempo y en espacio, y de la identidad personal (Kaplan & Sadock, 2009; Mangone, 2005; Marín Ibáñez, 2009).

En relación a la atención, en el informe de la neuropsicóloga que la evaluó, se detalla que la residente presentó valores adecuados en la repetición y aprendizaje inicial de tres palabras. Además, frente a la presentación secuencial de estímulos, como es el caso de la repetición de dígitos en orden directo, la residente presentó valores normales. Ello supone una adecuada amplitud atencional auditiva. No obstante ello, mostró dificultades en tareas de cálculo seriado (no pudo realizar ningún cálculo) y pareció enlentecida. Esta dificultad para el cálculo ha sido explicada en virtud de ser una actividad compleja, en la que es necesaria la participación de diversas funciones cognitivas, típicamente alterada en la DTA (Marín Ibáñez, 2009).

En cuanto al perfil mnésico, en la evaluación neuropsicológica se describió que la residente presentó marcadas fallas en la adquisición inicial de información, pudiendo evocar inicialmente sólo dos detalles de los siete elementos presentados. Dichas dificultades luego se trasladaron a su posterior almacenamiento y evocación a largo plazo, no pudiendo retener información adicional, y sin lograr beneficiarse de la exposición repetida al material ni de opciones múltiples para el reconocimiento. Esto último también pone de manifiesto la condición de envejecimiento patológico que presenta la residente, ya que en el envejecimiento normal las personas suelen beneficiarse de las ayudas para recordar, como pueden ser las claves o el reconocimiento (Allegri et al., 2005).

Por su parte, también según el informe neuropsicológico, las fallas en el lenguaje se manifestaron de diversas maneras. Por un lado, se detallan marcadas anomias para palabras de

mediana y alta frecuencia de uso en tareas de denominación por confrontación visual. En la repetición de palabras y frases se informa que presentó un rendimiento adecuado. Además, se describe que la residente presentó dificultades en la denominación de objetos de alta frecuencia de uso, colores y formas. Por otro lado, se describe que la residente evidenció un rendimiento deficitario en tareas de fluencia verbal fonológica y semántica (pudiendo evocar únicamente un elemento para cada ensayo), así como en la escritura de dos oraciones (que no pudo realizar, pudiendo únicamente escribir su nombre). Además, se verificó una alteración en la comprensión de órdenes simples y complejas, dato que fue también señalado por la musicoterapeuta, en relación a las dificultades de la residente para la consecución de consignas (fundamentalmente aquellas que son impartidas de manera grupal, con cierta mejora en el trato individualizado). Respecto de su lenguaje espontáneo, éste se describió como fluente, con normal prosodia y volumen. En función de las diversas dificultades en el área del lenguaje descriptas, puede decirse que la residente está evidenciando un progresivo deterioro de este dominio cognitivo, tanto en lo expresivo como en la comprensión, lo cual es característico de la DTA (Kaplan & Sadock, 2009; Mangone, 2005).

Asimismo, las personas con DTA suelen presentar dificultades para realizar gestos sin objeto, pero en cuanto tienen el objeto real en la mano, pueden llegar a ejecutar el movimiento sin dificultad (Marín Ibáñez, 2009). Esto pudo ser constatado en la evaluación neuropsicológica, en tanto en el dominio práxico se registraron fallas en la realización de gestos a la orden, solicitados frente a una fotografía, beneficiándose con el objeto real. Además, en el informe de la terapeuta ocupacional se detalla que la residente es totalmente asistida en enjabonado, enjuague y secado de cuerpo y cabello, siendo capaz de acceder y/o salir del espacio de ducha mediante una guía verbal. También se reporta que es dependiente para peinarse y maquillarse, mientras que para el cepillado de dientes, lavado de cara y de manos, puede hacerlo de manera independiente. No obstante ello, para estas últimas tareas mencionadas, es necesario otorgar una guía verbal y ofrecer el elemento adecuado para que inicie la acción correspondiente. Así es como queda evidenciado que las personas con demencia severa presentan dificultades para actividades de la vida diaria, como la higiene personal o la manipulación de objetos de uso cotidiano (Marín Ibáñez, 2009), de manera progresiva, hasta volverse dependientes (Francés et al., 2003).

También en relación a la visuoconstrucción se evidenciaron marcadas fallas en tareas de copia de figuras simples (un círculo y un cuadrado) y complejas, así como en la construcción de un reloj. En esta última tarea, únicamente realizó la esfera, fracasando en colocar los números y las agujas dentro de la misma. Respecto de sus habilidades visuoperceptivas, del

informe neuropsicológico surge que la residente presentó una adecuada identificación y discriminación de colores y de formas. Además, se detalla que presentó valores normales en la identificación de letras incompletas y en el conteo de puntos. De este modo, se constata que la evaluación neuropsicológica busca describir el funcionamiento general de la persona, no sólo describiendo las funciones alteradas, sino también detallando aquellas que se encuentran preservadas (Drake, 2007).

De acuerdo a lo observado en el informe neuropsicológico, y a lo conversado con la psicóloga de la residencia, las dos últimas evaluaciones cognitivas fueron realizadas mediante una batería de pruebas para evaluar personas con demencia severa, y no se incluyeron pruebas para valorar las funciones ejecutivas. En base a la información recabada en ambos instrumentos mencionados, puede suponerse que la residente presentaría un perfil cognitivo cortical. Esto sería consistente con el perfil cognitivo típicamente descrito en la DTA, tal como señalan Chrem y Amengual (2015), Francés et al. (2003) y López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015).

Cuando en la evaluación cognitiva realizada este año, se comparan los resultados con la realizada un año atrás (ver Anexo A), se reporta que la residente presentó un mejor rendimiento en la adquisición inicial de nueva información. Respecto del almacenamiento y evocación a largo plazo, su rendimiento en ambas ocasiones fue similar, manifestando notorias dificultades. Por otro lado, presentó un rendimiento estable en lo referente a la interacción social, en la amplitud atencional y en la atención auditiva y visual. Asimismo, presentó un rendimiento estable (deficitario) en el almacenamiento y evocación a largo plazo y en la denominación por confrontación visual, nuevamente indicándose importantes dificultades. A su vez, se observaron peores resultados en lo referido a la comprensión de órdenes simples y complejas. Por otra parte, cabe mencionar que la última evaluación se dio en el contexto de una marcada desorientación témporo-espacial, a pesar de lo cual sus habilidades básicas de interacción social como la orientación personal (responder a su nombre) se encuentran conservadas. Otra diferencia destacada por la neuropsicóloga que realizó la evaluación, en comparación con la evaluación anterior, es que la paciente presentó una actitud colaboradora, participando activamente de todas las tareas. En líneas generales, todo lo descrito sugiere una evolución de tipo progresiva del deterioro cognitivo de la residente. Ello es consistente con las descripciones de la DTA, que caracterizan el curso de dicha patología como insidioso, progresivo e irreversible, tanto de las funciones cerebrales superiores, como de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (Chrem &

Amengual, 2015; Francés, Barandiarán, Marcellán & Moreno, 2003; López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

A modo de síntesis, puede decirse que el perfil cognitivo descrito en la evaluación neuropsicológica es compatible con un deterioro cognitivo severo con alteración de múltiples dominios, suficiente como para afectar el funcionamiento cotidiano de la paciente. Esto también ha sido corroborado por el informe de la terapeuta ocupacional. Además, todo lo puntualizado se relaciona con las descripciones de la DTA, que incluyen una pérdida progresiva de memoria, dificultades en habilidades cotidianas y en el aprendizaje, sucesiva pérdida de la comunicación verbal (que se manifiesta en el inicio de la enfermedad con la anomia, y en fases avanzadas con afectación de la memoria semántica), y desorientación temporal y espacial (Kaplan & Sadock, 2009; Mangone, 2005; Marín Ibáñez, 2009). Todo ello junto a la sintomatología psicológica y conductual característica de la DTA, e inherente al proceso de dicha patología (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

5.2. Descripción de las intervenciones con musicoterapia realizadas a la paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona.

En los talleres de musicoterapia grupal se ha podido observar que, previo al comienzo de la actividad, la musicoterapeuta saluda a la residente, llamándola por su nombre, preguntándole cómo está, y repite esto con cada uno de los asistentes. Esto da cuenta de la atención personalizada y del entorno positivo que supone trabajar desde el modelo de ACP, tal como describe Martínez Rodríguez (2015). Asimismo, si bien las ideas que engloba este concepto pueden parecer familiares, resultaron innovadoras cuando surgieron por primera vez, en oposición a prácticas deshumanizantes de atención (Brooker, 2013). Por este motivo, cabe no pasar por alto este trato por parte de la musicoterapeuta.

A partir de lo conversado con la musicoterapeuta en la entrevista realizada, ésta explica que siempre comienza la sesión con algún ejercicio más rítmico, para buscar una activación desde lo motor, valiéndose no sólo de la estimulación auditiva sino también de instrumentos musicales. Esta metodología pudo ser observada en los talleres de musicoterapia. Por ejemplo, en una ocasión la musicoterapeuta comenzó haciendo sonar una canción y, con una pandero en su mano, iba convocando a los allí presentes, ofreciendo el instrumento para que lo golpearan, acompañando el ritmo de la canción que estaba sonando. Previo a ello, la residente estaba sentada con los ojos cerrados y, aunque ya sonaba la música y la musicoterapeuta la llamó por su nombre buscando su integración a la actividad, la residente sólo había abierto los ojos para realizar con su cabeza el gesto de “no”. A pesar de esto, a los pocos segundos

comenzó a tararear (aún con los ojos cerrados). Nuevamente, la musicoterapeuta buscó estimular a la residente para que ella toque la pandereta, tras lo cual abrió los ojos, sonrió y accedió dando un golpe al instrumento. Luego se quedó quieta en su silla, con los ojos abiertos, y comenzó a tararear cada vez más fuerte y sonriente. De esta manera puede apreciarse la utilización por parte de la musicoterapeuta de una combinación de técnicas activas (o expresivas, mediante la utilización de instrumentos por parte de la residente) y pasivas (o receptivas, en las que la residente recibe el sonido) (Bruscia, 2007).

Tras la actividad antes descrita, y tal como se ha podido apreciar en las diversas sesiones de musicoterapia observadas, generalmente la musicoterapeuta entrega un instrumento a cada uno de los residentes, y toca alguna canción en el piano o con la guitarra. En una ocasión, la musicoterapeuta comenzó a tocar la guitarra y rápidamente la residente empezó a tararear y a dar golpes en la pandereta. Luego, la musicoterapeuta comenzó a tararear la canción, la residente la seguía (tarareando y también con el instrumento), y al cabo de un momento la musicoterapeuta se detuvo. De acuerdo a lo conversado con dicha profesional, esta interrupción brusca de la ejecución musical, así como las variaciones en velocidad, son intervenciones que realiza para evaluar la atención sostenida, y posibles perseveraciones o dificultades en el control de los impulsos. En el ejemplo que se describe en este caso, tras la primera interrupción por parte de la musicoterapeuta, la residente continuó un poco más con el tamborileo, a pesar de que la profesional había generado un silencio. La musicoterapeuta preguntó si reconocían la canción que estaba tocando, y la residente no dio respuesta. Seguido a ello, la musicoterapeuta comenzó a cantar la canción “Bienvenido amor”, y la residente se dispuso a cantar (solamente cantó el estribillo). Mientras tanto, continuó con el golpeteo de la pandereta. La musicoterapeuta, que estaba tocando la guitarra, fue interrumpiendo esporádicamente la ejecución y tras algunas pausas, la residente -en tono de queja- dijo: *No, así no va esto, así no va*. La musicoterapeuta continuó realizando algunas pausas más, ante las cuales la residente suspendía el golpeteo en la pandereta, levantaba la vista de dicho instrumento, miraba a la musicoterapeuta pareciendo aguardar a que volviera a comenzar y, cuando lo hacía, volvía la vista a la pandereta, y retomaba el golpeteo. Estas intervenciones permiten obtener algo de información en relación a la atención de la residente, en tanto en la musicoterapia se distinguen comportamientos musicales, que incluyen el tocar un instrumento, y en particular la forma en que esto es realizado por la persona con demencia (Tan et al., 2018). En tal sentido, en el citado ejemplo, la residente en una primera instancia parecería haber estado con el foco de atención en la pandereta y en tocarla, y no habría advertido que la musicoterapeuta había hecho una pausa, hasta pasados unos segundos; luego

evidenció percatarse de las pausas, aunque manifestó su queja por las interrupciones realizadas; y finalmente se mostró atenta cada vez que las pausas se efectuaban y/o que eran reanudadas por la profesional, para continuar con la ejecución del instrumento. Esto también permite apreciar que, aun cuando las personas con demencia puedan parecer muchas veces ensimismados, la presencia de un musicoterapeuta que comienza a tocar música frente a ellos puede no sólo captar su atención sino también sostenerla por algunos minutos (Sacks, 2007).

Cabe señalar que en las distintas sesiones de musicoterapia observadas, la residente prácticamente nunca pudo dar respuesta a las diversas preguntas de la musicoterapeuta que buscaban una evocación por parte de los pacientes (como por ejemplo, cuando mostraba una foto de un cantante, o daba datos de su biografía para que pudieran reconocerlo, o si preguntaba qué canción era la que estaban escuchando un par de minutos atrás, etc.). En una ocasión, la musicoterapeuta detuvo la reproducción de la música que estaban escuchando y preguntó qué era lo que estaba sonando. Ante el silencio, comenzó a dar pistas, de manera sucesiva y haciendo una pausa entre ellas para dar la posibilidad de respuesta: *¿Las cua...? ¿Las cuatro...? ...Las cuatro estaciones de Vivaldi. Y de las cuatro estaciones, ¿cuál sería la que estábamos escuchando? Es la más alegre.* La residente mantuvo en todo momento su mirada en la musicoterapeuta. Luego, la profesional volvió a hacer sonar la música y entregó un cascabelero a la residente, quien empezó a golpearlo contra la otra palma de su mano. Al finalizar, la musicoterapeuta preguntó: *¿Estábamos escuchando...? ¿La primavera de...? ¿Vi...? ¿Vival...?* La residente finalmente completa: *Vivaldi.* Fue la única vez, de todas las sesiones de musicoterapia observadas, que pudo completar alguna pregunta de la musicoterapeuta y precisó de varias claves para poder hacerlo. Esto es consistente con lo expresado tanto por la psicóloga como por la musicoterapeuta en sus respectivas entrevistas, y con lo informado en la evaluación neuropsicológica de la residente, que reporta marcadas alteraciones de memoria. No obstante las dificultades descritas, la residente fue capaz de evocar parte de la letra de algunas canciones, y/o su melodía, de una manera que parecía no significar esfuerzo alguno para ella. Esto permitiría apoyar la premisa de varios estudios que sugieren que la memoria musical se encuentra preservada incluso en estadios avanzados de una demencia (Baird & Samson, 2009; Crystal, Grober & Masur, 1989; Cuddy & Duffin, 2005), como es el caso de la residente. Asimismo, permite pensar en una posible disociación del procesamiento musical de otras funciones cognitivas, que resta por ser estudiada (Rubinstein & Moltrasio, 2017).

Por otro lado, tanto la psicóloga de la institución como la musicoterapeuta, señalaron en sus respectivas entrevistas que la residente se ve muy beneficiada por la música, y que

disfruta mucho de ella. Asimismo, en diversas sesiones de musicoterapia se ha podido observar cómo la música genera en la residente una respuesta emocional, manifestada a través de la sonrisa y/o una activación conductual, como puede ser golpear las palmas de las manos sobre sus piernas, marcando el ritmo de la canción. Ello confirmaría que en la musicoterapia también pueden distinguirse comportamientos extra-musicales, como pueden ser las respuestas emocionales reveladas por la expresión facial, física o postural del paciente, así como respuestas verbales (Tan et al., 2018).

Tanto la manera de comenzar los talleres de musicoterapia, como las actividades propuestas y el ajuste de sus intervenciones a la medida de la persona a la que se dirige (aún en un contexto de musicoterapia grupal), dan cuenta de que la musicoterapeuta enmarca su labor en un modelo de ACP. Este último supone el reconocimiento de la condición de persona de cada ser humano (Brooker, 2013), la cual se vincula con la individualidad (Kitwood, 1997). En tal sentido, la musicoterapeuta procura adaptar sus intervenciones a las características de personalidad de la residente. Por ejemplo, en la entrevista con dicha profesional, manifestó que a la hora de retirar los instrumentos musicales de mano de los pacientes, con la residente debe realizar un rodeo: primero debe solicitárselos a quienes están sentados a cada lado de la paciente, y luego pedirle a ésta que se lo entregue. Explicó que si no utiliza esta estrategia, la residente se niega a entregar el instrumento, generándose una situación en la que la paciente comienza a manifestar signos de agitación. Ello se ha podido apreciar en distintas ocasiones, ya sea en el retiro de instrumentos, o de algún papel con la letra de una canción que la musicoterapeuta entregó en una ocasión, en que la residente mostró cierta resistencia a devolverlos. Incluso se ha podido observar que muchas veces no realiza una entrega del objeto propiamente dicha, sino más bien, permite que le sea retirado de sus manos. De esta manera, la musicoterapeuta demuestra un reconocimiento de lo que Kitwood (1997) describe como aquello que vuelve a la persona única, incluyendo su personalidad, lo que le agrada, lo que le desagrada y sus capacidades. Esto permite la diferenciación de la persona de la residente respecto de los demás pacientes con demencia que forman parte del taller. Otra de las formas en que esto ha sido observado es en la forma de encausar el taller ante interrupciones de la residente. Por ejemplo, en una ocasión, la musicoterapeuta hablaba acerca de la letra de una canción que habían estado escuchando, y la residente la miraba sonriendo. Luego, mientras la musicoterapeuta hablaba, la residente tarareaba. La musicoterapeuta la convocó, interrumpiendo su tarareo –que era disruptivo de la actividad grupal - y llamándola por su nombre le preguntó: *¿Sabe quién canta esta canción?* Ella contestó: *No*, entonces la musicoterapeuta le otorgó una clave: *¿Palito...?*. Ante el

silencio, la musicoterapeuta completó: *Ortega*. Seguido a ello, otro paciente comenzó a hablar acerca del tema que estaban tratando y la residente comenzó a tararear fuertemente y a golpear la pandereta, nuevamente en forma tal que era disruptivo para el grupo. La musicoterapeuta captó su atención, otra vez llamándola por su nombre y le preguntó: *¿Conoce alguna otra canción de Palito Ortega?* La residente contestó: *No*. La musicoterapeuta continuó hablando con otros residentes y no tuvo más interrupciones por parte de la residente. De esta manera, en lugar de pedirle abiertamente que hiciera silencio o que no interrumpiera, lo cual probablemente hubiera generado negativismo o confrontación por parte de la residente, buscó integrarla mediante su participación en la actividad. Este modo de tratarla, evitando la infantilización y/o la estigmatización, se opone a la denominada psicología social maligna (Kitwood, 1997), y es una de las cualidades del enfoque de ACP.

En la entrevista con la psicóloga de la institución, se puso de relieve la dificultad de poner en práctica la posibilidad de autodeterminación y toma de decisiones por parte de los residentes, especialmente en aquellos con un deterioro más severo. Teniendo en cuenta el proceso patológico mismo de las demencias, que progresivamente llevan a la persona a la dependencia (Francés et al., 2003), como se ha citado en el apartado 5.1, dicha dificultad resulta comprensible. Esta limitación también pudo advertirse en las diversas observaciones realizadas. Quizás la única ocasión en la que se pudo apreciar, de manera concreta, una decisión tomada por la residente es en el ejemplo referido en el apartado anterior, en el cual se citó que no quiso asistir al taller de musicoterapia, y se la respetó, sin forzarla a participar. Sin desmerecer lo valioso de esta actitud, cabe señalar que hay una diferencia entre respetar una decisión y fomentar activamente que éstas sean tomadas. Por lo tanto, si bien en la teoría constituye un aspecto fundamental de este enfoque, y distintivo de otros que también procuran un trato personalizado (Martínez Rodríguez, 2015), en la práctica se advierte que supone un objetivo de difícil consecución, especialmente en pacientes con demencia severa, como es el caso de la residente observada.

Por todo lo expuesto, puede decirse que la musicoterapeuta cumple con el cometido de su disciplina, en tanto realiza un uso profesional de la música y sus elementos, con el objeto de optimizar la calidad de vida y bienestar de la residente, tal como lo propone la WFMT (2011). Además, colabora en la estimulación de la esfera social de la residente, en tanto la musicoterapia es una actividad que implica la interacción con un musicoterapeuta con el cual se establece un vínculo, de acuerdo a lo señalado por Camacho Sánchez (2006). En este caso, esto se ve enfatizado por tratarse de la participación en un taller grupal. Todo ello la musicoterapeuta lo hace encuadrando su labor en el modelo de ACP, mediante el cual valora

la individualidad y la personalidad de la residente, tal como enfatiza Kitwood (1997). Además, en línea con el enfoque de ACP descrito por Martínez Rodríguez (2015), reconoce su dignidad y su singularidad.

5.3. Descripción de la aplicación del programa Music & Memory en la paciente y su repercusión en los síntomas psicológicos conductuales de la demencia.

La implementación del programa Music & Memory supuso la creación de una lista de preferencias musicales de la residente, en base a información solicitada a sus familiares, cuidadores y otros profesionales que la tratan. Esto se encuentra en línea con la consideración de que la identificación de las preferencias musicales es un elemento fundamental para el éxito de las intervenciones basadas en música personalizada (Gerdner, 2000), como es la del programa Music & Memory. Así, se llegó a una lista de 166 canciones, que en su conjunto suman cerca de 9 horas de música. Entre las canciones incluidas en la lista de la residente, figuran temas de ópera, boleros, milongas, tangos y otros. Ello cumplimentaría la condición de que, siendo un programa de música personalizada, debe basarse en música que sea significativa para cada paciente (Gerdner, 2000; Kwak et al., 2016; Music & Memory, 2017), sostenido en la convicción de que ésta puede evocar profundos recuerdos emocionales (Garland et al., 2007; Gassull, 2017; Kwak et al., 2016).

De la observación realizada y de los datos obtenidos a través de la escala MTED (ver Anexo B), puntuada durante la aplicación del programa Music & Memory, se aprecia una respuesta uniforme a través de las diversas sesiones. Respecto de su compromiso o conexión musical, observada a través de la atención, interés y nivel de actividad de la residente, en todas las ocasiones alcanzó el puntaje máximo (4). También se le adjudicó el máximo puntaje en cuanto al nivel de interés de la escala MiDAS (ver Anexo C), de acuerdo a los 5 minutos más significativos de la sesión. Es decir, demostró interés en la música, cantó y se movió espontáneamente. Por ejemplo, en una de las sesiones en que se implementó el programa Music & Memory, se observó que cuando se le colocaron los auriculares a la residente, reproduciendo la música de su listado de canciones preferidas (en orden aleatorio), transcurrieron unos pocos segundos hasta que comenzó a tararear la canción que sonaba (en ese momento era “La primavera”, de Vivaldi). Por momentos lo hacía de manera muy enérgica y sonriente. Además, la residente golpeaba las palmas de sus manos rítmicamente sobre sus piernas, a la vez que sonreía y tarareaba la canción. Esto avalaría las descripciones teóricas que refieren que la música, en tanto lenguaje universal que se asienta en el plano no

verbal, permite un acceso inmediato a los distintos aspectos de funcionamiento humano: físico, afectivo-emocional e intelectual (Camacho Sánchez, 2006).

En relación a la respuesta emocional, observada a través de expresiones emocionales visibles, verbales y musicales, alcanzó un puntaje de 3 en la escala MTED, lo que significa que la residente expresó emociones relacionadas al contenido de la sesión gran parte del tiempo. En el caso de la escala MiDAS, alcanzó el máximo puntaje en lo referido a niveles de disfrute durante la sesión (observado a través de conductas como sonreír, reírse, ánimo positivo, etc., durante los 5 minutos más significativos de la intervención). Por ejemplo, en otra de las sesiones de Music & Memory observadas, se registró que en cuanto se le colocaron los auriculares para que escuchara su música preferida, lanzó una carcajada, luego permaneció sonriendo, comenzó a tararear alegremente, y al cabo de un rato volvió a reírse un poco más. Unos segundos más tarde, comenzó nuevamente a tararear (“El día que me quieras”), y ocasionalmente cantaba fragmentos del estribillo. Lo descripto constituye un ejemplo de cómo el hecho de escuchar las canciones favoritas, o aquellas asociadas a eventos importantes para la persona, puede colaborar en la evocación de profundos recuerdos emocionales aún en demencias avanzadas (Garland et al., 2007; Gasull, 2017; Kwak et al., 2016), muchas veces facilitando que se sienta más sosegada y conectada con otros residentes, cuidadores, familiares y amigos (Vino et al., 2017). Esto último también pudo observarse en otras ocasiones. Por ejemplo, cuando vio que pasaba otro residente, y le hizo gestos con la mano para que se acercara, mientras ella tenía los auriculares puestos, tarareaba y sonreía mirándolo. Cuando el residente se acercó, ella le tomó las manos, y le decía que quería darle un beso. Luego seguía tarareando y, al llegar a lo que parecía ser el final de la canción, dijo –acompañando con el movimiento de sus manos–: *tan, tan, tan... taaan-taaan*. El otro residente, al parecer comprendió que ella estaba tarareando el final de una canción, y acompañó su tarareo con un gesto de las manos, cual director de orquesta. De esta manera, parecería confirmarse la apreciación de que la música constituye un aporte en la mejora de su calidad de vida, posibilitando un nuevo canal de comunicación con su entorno (Gassull, 2017). En tal sentido, respecto de la comunicación verbal, en todas las sesiones alcanzó un puntaje de 2 en la escala MTED, que es descriptivo del intento de la residente por comunicarse, hablando por momentos con palabras o frases cortas. Por su parte, en la escala MiDAS, al puntuar los 5 minutos más significativos de la sesión, alcanzó el puntaje máximo en lo relativo al nivel de iniciación en la comunicación. Otro ejemplo de ello se dio, cuando, estando sentada con los auriculares puestos, sonriendo le hizo un gesto con las manos a la psicóloga de la residencia, en señal para que ésta se acercara. Cuando lo hizo, tomó su mano,

la besó, mirándola a los ojos, sonriendo y tarareando. Luego, por momentos agitando la mano que tenía libre, por otros, apoyándola sobre la mano de la psicóloga que ya tenía tomada con la otra, exclamó visiblemente emocionada: *¡Yo me lo ac... me lo sé todo! ¡Lo sé todo, lo sé todo, lo sé todo!*, y volvió a reír mirándola a los ojos. Esto vuelve evidente el potencial terapéutico de la música en pacientes con demencia (Sacks, 2007), en tanto que escuchar sus canciones favoritas les permite volver a conectarse con recuerdos significativos de su vida. Y aunque dicha reconexión es temporal, le facilita a la persona restaurar una y otra vez el sentido de sí mismo (Gassull, 2017), entendido como el conjunto organizado y cambiante de percepciones (atributos, cualidades, impulsos y actitudes) que el sujeto reconoce como descriptivas de su persona (Rogers, 1947). En el caso de la residente, la emoción expresada al tener la sensación de recordar algo, de sentir una canción como algo familiar, avalaría -tal como proponen García-Casares et al. (2011)- que la música es un estímulo capaz de activar varios circuitos neuronales en distintas áreas del cerebro, que participan en forma sucesiva y/o simultánea integrando distintos elementos, como pueden ser la familiaridad de la melodía, el reconocimiento de la letra, la afectividad y otros tantos. Además, este sería otro ejemplo en el que puede apreciarse lo planteado por diversos estudios (Baird & Samson, 2009; Crystal, Grober & Masur, 1989; Cuddy & Duffin, 2005) acerca de la preservación de las facultades musicales, incluso en estadios avanzados de una demencia, tal como se ha comentado en el apartado 5.2. Asimismo, esto nuevamente permite suponer una posible disociación del procesamiento musical de otras funciones cognitivas, que aún debería ser estudiada, tal como lo sugieren Rubinstein & Moltrasio (2017), y como fuera también citado en el apartado precedente. El modelo cognitivo musical propone la existencia de un lexicón musical, que contiene el repertorio musical, la representación perceptiva de todas las piezas musicales a las que uno haya estado expuesto a lo largo de la vida, y la memoria musical que, entre otras funciones, incluye el reconocimiento de melodías familiares y no familiares (García Casares et al., 2011; Peretz & Coltheart, 2003). Por lo tanto, parecería que en el ejemplo antes mencionado, la canción que escuchó la residente estaba almacenada en su memoria musical, y habría podido reconocerla como una melodía familiar.

Respecto del alcance de la respuesta general (observada a través de la expresión facial de la residente, contacto visual, orientación corporal, comunicación verbal, entusiasmo, interés o motivación), alcanzó el puntaje máximo en la escala MTED, respondiendo a la música a lo largo de la sesión con interés y entusiasmo. Esto fue así en todas las sesiones, a excepción de una, en que alcanzó un puntaje de 3. En dicha ocasión, se registró que la residente respondió a la música durante gran parte de la sesión. De lo descrito puede concluirse una excelente

respuesta por parte de la residente a la música personalizada. Sin embargo, es importante señalar que, de acuerdo a lo observado en la implementación del programa Music and Memory, no todas las reacciones de la residente (tanto en una misma sesión como en las diversas sesiones tomadas en su conjunto) han sido igualmente significativas en términos del disfrute proporcionado por la escucha de música, posibilidades de evocación o intención comunicativa. Esto no significa que haya producido efectos no deseados sino, más bien, que no todas las canciones produjeron en ella el mismo resultado. Esto nuevamente sería un indicador de la relevancia de la personalización de la música, como disparador de recuerdos y como elemento clave para el disfrute y el mejoramiento del estado de ánimo, tal como se enfatizó en el estudio de Kwak et al. (2016).

Entre los beneficios a los que ha sido asociado Music & Memory, se incluye una disminución en la sintomatología psicológica y conductual en personas con DTA y otras demencias que habitan en residencias geriátricas (Thomas et al., 2017). En relación a este punto, cabe señalar que del total de observaciones realizadas, la residente presentó SPCD previos a la aplicación sólo en una ocasión. En tal oportunidad, se observó que, previo a colocarle los auriculares con su música preferida en una de las sesiones, la residente manifestó quejas y negativismo. Esto fue registrado mediante la escala M-CMAI, con un puntaje de 2/29 (ver Anexo D). En el caso de la escala MiDAS, puntuada según la observación de los 5 minutos previos a la sesión, se registró que la residente mostró agitación y agresividad. Por ejemplo, se quejaba porque no quería ser la única a quien le pusieran auriculares, o cuando la estaban ayudando a sentarse -para lo cual le estaban sosteniendo la mano-, gritó: *¡Soltame!* Estos comportamientos podrían encuadrarse dentro de los llamados SPCD. De acuerdo a las descripciones teóricas, este tipo de síntomas incluyen la apatía, ansiedad, depresión, agitación, agresión e irritabilidad; deteriorando la calidad de vida del paciente, impactando en la sobrecarga del cuidador y en las posibilidades de maniobra del equipo terapéutico (Vinoos et al., 2017). Además, son entendidos como intentos de comunicación (Brooker, 2013; Szulik & Rubin, 2015), teniendo en cuenta las dificultades que presentan las personas con demencia para expresar sus deseos o necesidades, por el proceso patológico mismo (Szulik & Rubin, 2015). Al finalizar dicha sesión de 15 minutos de escucha de música personalizada, se volvió a aplicar la escala M-CMAI, con un puntaje de 0/29, es decir, no se registraron manifestaciones de agitación. Del mismo modo, en el registro de la escala MiDAS basado en los 5 minutos más significativos de la sesión, se reportaron las siguientes reacciones presentadas por la residente: atenta/interesada, sonriente/alegre, ánimo relajado.

A partir de lo descrito, aun con la pertinente cautela de estar basando el análisis en lo observado en una ocasión, puede pensarse la utilidad de este tipo de abordaje no farmacológico de los SPCD. A su vez, esta sería una de las maneras en que podría ejemplificarse cómo la música es capaz de producir un efecto más allá de las personas a quienes se dirige la intervención musical, es decir, en otras personas del entorno, sean otros pacientes y/o cuidadores (Gerdner & Swanson, 1993). Todo esto teniendo en cuenta, además, que es un programa que puede ser aplicado por cualquier cuidador o familiar, con una mínima capacitación (Music & Memory, 2017), y con un bajo costo (Thomas et al., 2017). Respecto de los SPCD, suele aplicarse el tratamiento farmacológico como primera opción, a pesar de que sus efectos en general son moderados. A esto debe sumársele la desventaja que suponen sus posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas. Todo lo dicho, junto con los esfuerzos por disminuir al mínimo posible la cantidad de medicamentos administrados a los pacientes con demencia, hacen de los abordajes no farmacológicos una opción más que interesante para este tipo de comportamientos indeseables. Más aun teniendo en cuenta que, en general, los tratamientos farmacológicos no actúan sobre las causas de este tipo de sintomatología, como pueden ser el aburrimiento, el aislamiento o la deprivación sensorial (Eggert et al., 2015). En tal sentido, así como el estudio de casos únicos y la bibliografía existente permiten valorar los efectos positivos que la música produce en pacientes con DTA (Rubinstein & Moltrasio, 2017), en el caso de la residente, el programa Music & Memory ha demostrado desde lo empírico que puede ser un abordaje beneficioso para ella. Esto último incluso en la disminución de los SPCD.

6. Conclusiones

El presente trabajo se basó en un estudio de caso único, y tuvo como objetivo describir el abordaje, mediante intervenciones musicales, de una paciente con demencia mixta, residente de una institución geriátrica, desde un modelo de Atención Centrada en la Persona. Para ello, se observaron sesiones de musicoterapia y del programa de música personalizada Music & Memory. En relación a dicho programa, se intentó describir su impacto en los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. En tal sentido, puede decirse que se cumplieron los objetivos propuestos.

El caso de la residente estudiada resulta ilustrativo del tipo de demencia mixta más frecuente, que es el que presenta una asociación de la EA con daños vasculares clínicamente significativos (Longoria Ibarrola et al., 2016). Respecto del perfil neuropsicológico de la residente, se apreció que el mismo es compatible con un deterioro cognitivo severo, con

afectación de múltiples dominios (incluyendo la sintomatología psicológica y conductual), de una magnitud suficiente como para alterar el funcionamiento cotidiano de la paciente. Ello se condice con las descripciones de la DTA, que suponen una disminución progresiva de la memoria, dificultades en actividades de la vida diaria y en el aprendizaje, desorientación temporal y espacial, y sucesivo detrimento de la comunicación verbal (inicialmente manifestado con dificultades para encontrar la palabra adecuada, y en fases avanzadas de la enfermedad con afectación de la memoria semántica) (Kaplan & Sadock, 2009; Mangone, 2005; Marín Ibáñez, 2009). Esto junto a los síntomas psicológicos y conductuales característicos de la DTA, e inherentes al proceso de dicha patología (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Respecto del abordaje de la residente a través de la música, las intervenciones con musicoterapia resultan un tratamiento no farmacológico interesante en lo referido al disfrute de la música, y a la generación de una respuesta emocional en la residente, manifestada a través de la sonrisa y/o una activación conductual. Además, en tanto actividad que supone la interacción con un musicoterapeuta con el cual se establece un vínculo (Camacho Sánchez, 2006), y siendo un taller grupal, también resulta propicio para estimular la esfera social de la residente. Por su parte, se ha podido observar que la musicoterapeuta alcanza el objetivo de su disciplina, en tanto lleva a cabo un uso profesional de la música y sus elementos, con el propósito de optimizar la calidad de vida y bienestar de la residente, tal como lo formula la WFMT (2011). Al mismo tiempo, lo hace enmarcando su labor en el modelo de ACP, promoviendo la valoración de la individualidad y de la personalidad de la residente, tal como destaca Kitwood (1997). Además, se apreció en el trabajo de la musicoterapeuta un respeto por la persona y la dignidad de la residente, que también concuerda con la visión de Martínez Rodríguez (2015) acerca del enfoque de ACP.

Por su parte, el programa Music & Memory constituye otra de las intervenciones a partir de la música implementadas con la residente. Está basado en la escucha de música personalizada y, a diferencia de la musicoterapia, puede ser implementado por cualquier persona que esté en contacto con ella, sin necesidad de poseer conocimientos musicales (Music & Memory, 2017). Esto supone, además, la ventaja de ser un recurso económico (Thomas et al., 2017). Desde lo empírico, con la reserva pertinente que supone extraer conclusiones a partir de pocas sesiones de implementación del programa, ha demostrado que puede ser un abordaje beneficioso para la residente, en la mejora del estado de ánimo y disminución de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Estos últimos son entendidos como intentos de comunicación (Brooker, 2013; Szulik & Rubin, 2015), en virtud

de las dificultades que presentan las personas con demencia para transmitir sus deseos o necesidades, por el proceso patológico mismo (Szulik & Rubin, 2015). Asimismo, se ha podido apreciar cómo, a partir de un estímulo adecuado (como puede ser una canción significativa en la historia de la paciente), se puede habilitar una nueva vía de comunicación con su entorno, tal como destaca Gassull (2017). Esto se suma a la posibilidad de restaurar – aunque sea brevemente- el sentido de sí mismo, que suele perderse por la patología, en línea con lo señalado por Gassull (2017); entendiendo el sí mismo como aquel conjunto de percepciones que el sujeto reconoce como descriptivas de su persona (Rogers, 1947). Como consecuencia, todo esto traería aparejada una mejora en su calidad de vida, lo cual implica un beneficio para la residente, como también para sus cuidadores. En relación a estos últimos, suelen padecer una sobrecarga (Vino et. al, 2017), por lo que este programa contribuiría a disminuirla. De este modo, puede confirmarse que la música es capaz de producir un efecto más allá de las personas a quienes se dirige la intervención musical, es decir, en otros pacientes y/o cuidadores, por lo que se presentan como alternativas de sumo interés en el tratamiento no farmacológico de las demencias, en línea con lo que sostienen Gerdner y Swanson (1993).

Entre las limitaciones del presente trabajo, pueden delinearse varias cuestiones. En primer lugar, a nivel de los instrumentos utilizados, dada la dificultad para encontrar escalas específicas para valorar los efectos de la música personalizada en pacientes con demencia, fue necesario utilizar escalas confeccionadas para musicoterapia en demencia, a fin de tener una valoración más aproximada del programa Music & Memory. En algunos casos, teniendo además que adaptar su forma de medición, para ajustarlo a las posibilidades reales de observación en el contexto de una práctica profesional, y enmarcado en los criterios al interior del grupo de investigación con el cual se colaboró. Otra de las limitaciones en relación a lo metodológico, vinculado con lo instrumental, tuvo que ver con la imposibilidad –por cuestiones operativas- de aplicar la versión original del inventario de agitación Cohen-Mansfield (1991), que supone la observación del paciente durante dos semanas por parte de sus cuidadores primarios. Seguramente, la información aportada por dicho inventario en su versión original, hubiera sido mucho más valiosa para la ponderación del impacto del programa Music & Memory sobre los SPCD. Además, puede mencionarse como una dificultad del mismo programa Music & Memory la posibilidad de identificar las canciones verdaderamente preferidas de la persona que, tal como señalan Gerdner (2000) y Kwak et al. (2016) respecto de los programas de música personalizada, determinarán el éxito o no del mismo. Esto, unido a la limitante metodológica de aplicar el programa Music & Memory

durante sólo 15 minutos, pudo haber producido sesgos de los resultados. Finalmente, no puede dejar de mencionarse como limitación metodológica la posible interferencia del observador en los resultados obtenidos.

Por su parte, entre las reflexiones teóricas y la práctica, en ciertas cuestiones puede generarse alguna brecha. En tal sentido, en la práctica realizada, se puso de relieve la dificultad de llevar a cabo todas las premisas de la ACP. En particular, se hizo referencia a lo complejo que resulta fomentar la autodeterminación y toma de decisiones por parte de los residentes, especialmente en aquellos con un deterioro más pronunciado. En este sentido, las personas con demencia severa presentan, debido al proceso patológico mismo, una dependencia en los diversos ámbitos de funcionamiento cotidiano (Francés et al., 2003). Por lo tanto, si bien teóricamente se describe la promoción de la toma de decisiones por parte de los pacientes como un aspecto fundamental de este enfoque, y diferencial respecto de otros que también procuran un trato personalizado (Martínez Rodríguez, 2015), en la práctica se patentiza como un objetivo difícil de conquistar. Esto último especialmente en pacientes con demencia severa, como es el caso de la residente estudiada en el presente trabajo. Cabe preguntarse si esta dificultad constituye un problema de la institución, en tanto una falta de maniobra por parte de la misma, o si constituye una falencia de la teoría que plantea algo semejante a una utopía. Parecería que se trata de esto último. Tras la experiencia en la práctica de habilitación profesional, a partir de lo observado y de lo conversado con distintos profesionales de la institución, es evidente que -cuanto menos- no es una tarea sencilla. Puede entenderse tal premisa (y debería exigirse) para la atención geriátrica en personas con un envejecimiento normal, pero en aquellos pacientes con demencia no es viable su aplicación franca. Esto no sólo teniendo en cuenta el avanzado deterioro global que pueda presentar una persona, sino también su anosognosia que, como señala Mangone (2005), es característica de la DTA y puede tener implicancias en la seguridad del paciente y de terceros. Habiendo dicho esto, puede merecer la pena intentar, al menos a nivel propositivo, que las intervenciones tiendan a ello, aún a sabiendas de estar en tensión tanto con las reales posibilidades de los abordajes existentes, como con las limitaciones inherentes a la patología. En línea con esto último, probablemente resulte un objetivo más asequible procurar respetar las decisiones del paciente -siempre que no afecten su seguridad y/o la de terceros- que fomentar activamente la toma de decisiones. En los demás aspectos relativos a la aplicación de un modelo de ACP, se ha observado una dedicada puesta en práctica del mismo, incluyendo el trato libre de sujeciones.

En lo personal, previo al registro de datos tenía algún prejuicio respecto de si la residente iba a aceptar que le fueran colocados los auriculares, o que los aceptara sólo por un momento. Sin embargo, esto no representó un inconveniente en ninguna de las sesiones observadas.

Por otro lado, en vista de lo que pudo apreciarse mediante el presente trabajo, merece la pena una mayor divulgación de los beneficios de la música en este tipo de patologías y, en particular, de la música personalizada, para la concientización de la población general acerca del registro de listas de canciones preferidas tanto propias como de sus familiares, para facilitar el acceso a esta información cuando la propia persona ya no es capaz de recordarla por sí misma.

Finalmente, en lo referente a nuevas líneas de investigación, sería útil que se desarrollaran escalas válidas para la valoración de la implementación de programas de música personalizada como Music & Memory, específicas para demencias, incluyendo los estadios más avanzados de dicha patología. Por último, sería interesante que se estudiara el procesamiento musical como dissociado de otras funciones cognitivas, tal como fuera planteado por Rubinstein & Moltrasio (2017). Cabe destacar que, en ambas intervenciones a partir de la música, pudo valorarse lo planteado por diversos estudios (Baird & Samson, 2009; Crystal, Grober & Masur, 1989; Cuddy & Duffin, 2005) acerca de la preservación de las facultades musicales, incluso en estadios avanzados de una demencia. En tal sentido, impacta ver el cambio que produce la música en personas con demencia severa, que pueden parecer absortos en su mundo, y que consigan, a partir de una intervención musical, sostener la atención por varios minutos, tal como señala Sacks (2007); o cómo una persona con alteraciones marcadas en memoria y orientación temporal y espacial, pueda de un momento a otro recordar melodías y letras de canciones, sin demostrar esfuerzo alguno, como lo observado en la residente estudiada en el presente trabajo.

7. Referencias bibliográficas

Aldridge, D. (2001). Music therapy research: A review of references in the medical literature.

Music Therapy Today, 2. Recuperado de: <http://mustherapy.narod.ru/mtreview.pdf>

Allegrí, R. F., Laurent, B., Thomas-Anterion, C. & Serrano C. M. (2005). La Memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. En C. A. Mangone, R. F. Allegrí, R. L. Arizaga, J. A. Ollari, *Demencia. Enfoque multidisciplinario* (pp 71-97). Buenos Aires: ed. Polemos.

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: /10.4321/S1134-928X2014000200002
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5° ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- Baird, A. & Samson, S. (2009). Memory for Music in Alzheimer's Disease: Unforgettable? *Neuropsychology Review*, 19, 85-101. doi: 10.1007/s11065-009-9085-2
- Bartoloni, L., Russo, M. J., Mesa y Morteo, M., Iturray, M., Román, F. & Sevlever, G. (2015). Manejo inicial en deterioro cognitivo. En M. L. Roqué, R. Allegri, A. Amengual, P. Badaluco, P. Bagnati, A. M. Bosio de Baldoni,...& L. Bartoloni, *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación profesional para el equipo socio-sanitario*. (pp. 28-41). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué.
- Barulli, D. & Stern, Y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends in cognitive sciences*, 17(10), 502-509. doi: 10.1016/j.tics.2013.08.012
- Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. México: Ed. Pax México.
- Burgueño Torrijano, A. A. (2013). Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible. 10 argumentos a favor de la tolerancia cero al uso de sujeciones en personas mayores. Lo aprendido por el programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer" de España. *Informaciones psiquiátricas*. 212, 153-168. Recuperado de: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/01_tolerancia_zero_al_uso_sujeciones.pdf
- Butler, R. N., Ahronheim, J. Fillit, H., Rapaport S. I. & Tatemichi T. K. (1993). Vascular dementia: stroke prevention takes on new urgency. *Geriatrics*, 48(11), 32+. Recuperado de: http://link.galegroup.com/apps/doc/A14875547/GPS?u=up_web&sid=GPS&xid=cc5fef04
- Camacho Sánchez, P. (2006). Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente. En J.Giró Miranda, *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. (pp 155-188). España: Universidad de La Rioja.
- Chrem, P.M. & Amengual, A. (2015). Enfermedad de Alzheimer. En M. L. Roqué, R. Allegri, A. Amengual, P. Badaluco, P. Bagnati, A. M. Bosio de Baldoni,...& L. Bartoloni, *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación profesional para el equipo socio-sanitario*. (pp. 47-57). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué.

- Cohen-Mansfield, J. (1991). Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). *The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington*. Recuperado de: [https://www.pdx.edu/ioa/sites/www.pdx.edu.ioa/files/CMAI_Manual%20\(1\).pdf](https://www.pdx.edu/ioa/sites/www.pdx.edu.ioa/files/CMAI_Manual%20(1).pdf)
- Crystal, H., Grober, E. & Masur, D. (1989). Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52, 1415-1416. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1031601/pdf/jnnpsyc00534-0089.pdf>
- Cuddy, L. & Duffin, J. (2005). Music, memory, and Alzheimer's disease: Is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? *Medical Hypotheses*. 64, 229–235. doi: 10.1016/j.mehy.2004.09.005
- De la Torre, J. C. (2009). Chapter 3 Cerebrovascular and Cardiovascular Pathology in Alzheimer's Disease. *International Review of Neurobiology*, 84, 35–48. doi:10.1016/s0074-7742(09)00403-6
- Demey, I. (2015). Fundamentos anatomofisiológicos de los tratamientos de estimulación y rehabilitación cognitiva. En C. Feldberg & I. Demey, *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. (pp 67-85). Buenos Aires: Paidós.
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*. 41(2), 13-22. doi: 10.4067/S0717-92272003041200003
- Drake, M.A. (2007). Introducción a la evaluación neuropsicológica. En D. I. Burin, M. A. Drake & P. Harris, *Evaluación neuropsicológica en adultos*. (pp 27-62) Buenos Aires: Paidós.
- Dubois, B. et al. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*. 6(8), 734-746. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70178-3
- Eggert, E., Dye, C. J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S. B., Pham, H., Turner Watson, A., Summey, H., Roy, T. (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE Open Medicine*, 3, 1-8. doi: 10.1177/2050312115602579
- Feldberg, C. & Somale, V. (2015). Principios generales de la estimulación y de la rehabilitación cognitiva. En C. Feldberg & I. Demey, *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. (pp 87-110). Buenos Aires: Paidós.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(3), 383-

403. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es&tlng=es.
- García-Casares, N., Berthier Torres, M. L., Froudish Walsh, S. & González-Santos, P. (2011). Modelo de cognición musical y amusia. *Sociedad Española de Neurología*, 28(3):179—186. doi:10.1016/j.nrl.2011.04.010
- Garland, K., Beer, E., Eppingstall, B. & O'Connor, D.W. (2007). A comparison of two treatments of agitated behaviour in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6):514-21. doi: 10.1097/01.JGP.0000249388.37080.b4
- Gassull, M.L. (2017). ¿Qué es el proyecto Music & Memory? *Neuromúsica. Red Iberoamericana de Musicoterapia y Neurociencias*. Newsletter (2), 9-11. Recuperado de: issuu.com/neuromusica/docs/neuromusica_newsletter_nr.2_-_2017
- Genovese, O. (2005). Demencia. Concepto, clasificación, criterios, diagnóstico. En C. A. Mangone, R. F. Allegri, R. L. Arizaga, J. A. Ollari, *Demencia. Enfoque multidisciplinario* (pp 271-285). Buenos Aires: ed. Polemos.
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical 'relaxation' music on the frequency of agitation in elderly persons' with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 49-65. doi:10.1017/s1041610200006190
- Gerdner, L. A. & Swanson, E. A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-291. doi: 10.1016/0883-9417(93)90006-I
- Gómez Gallego, M. & Gómez García, J. (2017). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Sociedad Española de Neurología*, 32(5): 300-308. doi: 10.1016/j.nrl.2015.12.003
- Hedden, T., & Gabrieli, J. D. E. (2004). Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2), 87+. doi: 10.1038/nrn1323
- Henderson, V. W. (2017). Mild cognitive impairment. *Stanford Alzheimer's Disease Research Center*. Recuperado de: <https://med.stanford.edu/content/dam/sm/adrc/documents/adrc-information-sheet-mild-cognitive-impairment.pdf>
- Huenchan, S. (2011). Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. En Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Los derechos de las*

- personas mayores. Materiales de estudio y divulgación.* Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (2014). Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC.
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (2015). Población e inclusión social en la Argentina del Bicentenario: Indicadores demográficos y sociales. CABA: INDEC.
- Kaplan, V. A. & Sadock, B. J. (2009). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica, 10ª edición.* Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kitwood, T. (1997). The concept of personhood and its relevance for a new culture of dementia care. En B. M. L. Miesen & G. M. M. Jones (Eds.), *Care-giving in dementia. Research and applications* (pp 3-13). London & New York: Routledge.
- Kwak, J., Brondino, M. J., O'Connell Valuch, K. & Maeda, H. (2016). *Evaluation of the Music and Memory program among nursing home residents with dementia. Final report to the Wisconsin Department of Health Services.* Milwaukee: University of Wisconsin-Milwaukee, Helen Bader School of Social Welfare & Center for Aging and Translational Research. Recuperado de: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01594.pdf>
- Longoria Ibarrola, M., Salinas Contreras, R. M. & Sosa Ortiz, A. L. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Archivos de Neurociencias, Visión actual de las demencias*, 21 (1), 7-25.
- López- Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*. Recuperado de: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf
- Mangone, C. A. (2005). Enfermedad de Alzheimer. En C.A. Mangone, R. F. Allegri, R. L. Arizaga, J. A. Ollari, *Demencia. Enfoque multidisciplinario* (pp 287-311). Buenos Aires: ed. Polemos.
- Marín Ibáñez, A. (2009). Funciones cognitivas. Concepto y correlación neuroanatómica. En V. M. González Rodríguez, A. Marín Ibáñez, A. Mateos González & R. Sánchez Vázquez, *Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en Alzheimer y otras demencias. 2ª edición actualizada* (pp 13-37). Madrid: IM&C.
- Martínez Rodríguez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/01/AvanzarAGCPmarcoyfases1.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2015). La atención centrada en la persona. Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer. *Informes acpgerontología*, 1. Recuperado de:

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/Informesacpgerontologia1.pdf>

- McDermott, O., Orrell, M. & Ridder, H. M. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS), *Nordic Journal of Music Therapy*, 24:3, 232-251. doi: 10.1080/08098131.2014.907333
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263–269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Merino, J. G. & Hachinski, V. (2002). Stroke-related dementia. *Current Atherosclerosis Reports*, 4(4), 285–290. doi: 10.1007/s11883-002-0007-5
- Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación (2012). Informe: Argentina, un modelo regional en políticas para adultos mayores. Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/informes/argentina-un-modelo-regional-en-politicas-para-adultos-mayores/>
- Moreno Fernandez, R. D., Pedroza, C. & Gallo, M. (2013). Neurogénesis hipocampal adulta y envejecimiento cognitivo. *Escritos de Psicología*. 6(3), 14-24. doi: 10.5231/psy.writ.2013.2510
- Music & Memory (2017). Impact Report. New York. Recuperado de: https://musicandmemory.org/wp-content/uploads/2018/03/MM_ImpactReport_3.26.18.pdf
- Naciones Unidas (2017). Informe: Perspectivas de la Población Mundial. Recuperado de https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. & Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología* 55(10), 598-608. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2012370>
- Ollari, J. A. & Diez, M. V. (2015). Deterioro cognitivo vascular. En M. L. Roqué, R. Allegri, A. Amengual, P. Badaluco, P. Bagnati, A. M. Bosio de Baldoni,...& L. Bartoloni, *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación profesional para el equipo socio-sanitario*. (pp. 58-67). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (CIE-10). Ginebra: OMS

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. ISBN 978 92 4 069487 3. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=D392E9E762C6A5E9EE585F87756B4E8D?sequence=1
- Peretz, I. & Coltheart, M. (2003). Modularity of music processing. *Nature Neuroscience*. 6(7), 688-691. doi: 10.1038/nm1083
- Portellano, J. A. (2005). Introducción a la Neuropsicología. Madrid: Mcgraw -Hill Interamericana de España.
- Rogers, C.R. (1947). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist*, 2(9), 358-368. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0060883>
- Román Lapuente, F. & Sanchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14 (1), 27-43. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv04v14-1.pdf
- Rubinstein, W. & Moltrasio, J. (2017). Una mirada neuropsicológica de la música en pacientes con demencias. En *Actas de la Decimocuarta Semana de la Música y la Musicología. Cognición Musical: estudios en música, mente y cerebro*. 229-234. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto de Investigación Musicológica Carlos Vega, IIMCV. Recuperado de: <http://www.iimcv.org/docs/actas/actas08-14.pdf>
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia: tales of music and the brain*. New York: Alfred A. Knopf.
- Salech, F., Jara, R. & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(1), 19-29. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70269-9
- Satinosky, S. (2006). *Musicoterapia clínica*. Buenos Aires: Galerna.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*. 11, 1006-1012.
- Szulik, J. & Rubin, R. (2015). Estrategias de abordaje no farmacológico de síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. En M. L. Roqué, R. Allegri, A. Amengual, P. Badaluco, P. Bagnati, A. M. Bosio de Baldoni,...& L. Bartoloni, *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias: formación profesional para el equipo socio-sanitario*. (pp. 102-112). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué.
- Tan, J., Wee, S. L., Yeo, P. S., Choo, J., Ritholz, M. & Yap, P. (2018). A new music therapy engagement scale for persons with dementia. *International Psychogeriatrics*. doi:10.1017/S1041610218000509
- Thomas, K. S., Baier, R., Kosar, C., Ogarek, J., Trepman, A. & Mor, V. (2017). Individualized Music Program is Associated with Improved Outcomes for U.S. Nursing

- Home Residents with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, (9):931-938. doi: 10.1016/j.jagp.2017.04.008
- Tárraga, L. & Boada, M. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Fundació ACE.
- Tisnés, A. & Salazar-Acosta, L.M. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de población*, 22(88), 209-236. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209&lng=es&tlng=es.
- Vinoo, D., Santos, J. M., Leviyev, M., Quimbo, P., Dizon, J., Diaz, F.,... & Nieves-Martinez, M. (2017). Music and Memory in dementia care. *International Journal of Neurorehabilitation* 4: 255. doi: 10.4172/2376-0281.1000255
- Wilson, B.A. (2006). Recent developments in neuropsychological rehabilitation. *Higher brain function studies*. 26(2), 121-127. Recuperado de: https://www.jstage.jst.go.jp/article/hbfr/26/2/26_2_121/_pdf
- World Federation of Music Therapy (2011). *Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy*. Recuperado de: <http://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmnts-new-definition-of-music-therapy/>
- Zuin, D. (2015). Demencias secundarias. En M. L. Roqué, R. Allegri, A. Amengual, P. Badaluco, P. Bagnati, A. M. Bosio de Baldoni,...& L. Bartoloni, *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias: formación profesional para el equipo socio-sanitario*. (pp. 84-87). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué.

8. Anexo A

Puntajes brutos informados en la última evaluación cognitiva de la residente y su comparación con la del año anterior, de las pruebas Addenbroke's Cognitive Evaluation (ACE III) y Severe Impairment Battery (SIB).

| ACE- III | Resultados 2018 | Resultados 2017 |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Orientación | 00/10 | 02/10 |
| Atención | 03/08 | 03/08 |
| Memoria | 05/26 | 00/26 |
| Fluencia Verbal | 00/14 | 00/14 |
| Lenguaje | 06/26 | 08/26 |
| Habilidades Visuoespaciales | 09/16 | 08/16 |
| Puntuación total ACE: | 23/100 | 21/100 |

| Severe Impairment Battery | Resultados 2018 | Resultados 2017 |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Interacción Social | 06/06 | 06/06 |
| Memoria | 08/14 | 06/14 |
| Orientación | 03/06 | 03/06 |
| Lenguaje | 30/46 | 40/46 |
| Atención | 06/06 | 04/06 |
| Praxias | 05/08 | 08/08 |
| Habilidades Visuoespaciales | 06/08 | 08/08 |
| Construcción | 00/04 | 00/04 |
| Orientación personal | 02/02 | 02/02 |
| Puntuación total SIB: | 66/100 | 77/100 |

9. Anexo B

Planilla de puntuación de escala MTED: Music Therapy Engagement scale for Dementia (Tan et al., 2018), para la condición Music & Memory.

| | Fecha | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| | 19/10 | 23/10 | 26/10 | 30/10 |
| <p>Compromiso/conexión musical (observada a través de la atención, interés y nivel de actividad del paciente).</p> <p>1. El paciente es pasivo, con signos mínimos de conexión. Por ejemplo, el paciente puede mirar en dirección a la fuente de sonido por momentos, hacer contacto visual con el musicoterapeuta esporádicamente, rechaza cantar/tocar/moverse.</p> <p>2. El paciente muestra signos emergentes de interés en la música. Por ejemplo, el paciente escucha, mira al terapeuta o sonrío en respuesta a la música, tamborilea con los dedos por momentos.</p> <p>3. El paciente muestra interés a través de la escucha y canta/toca/se mueve al ser promovido por la música, por la palabra o físicamente. Por ejemplo, el paciente hace sonar una campana o golpea un platillo cuando el terapeuta canta en una dirección y/o señala el instrumento.</p> <p>4. El paciente escucha, muestra interés en la música y canta/toca/se mueve espontáneamente. Por ejemplo, el paciente activamente toca el tambor o canta una canción con el terapeuta sin ser promovido a ello.</p> | 4 | 4 | 4 | 4 |
| <p>Relación a través de la música (grado en que la manera de cantar/tocar/moverse del paciente se relaciona con la música del terapeuta).</p> <p>1. El paciente es pasivo y no se compromete cantando/tocando/moviéndose con la música. Por ejemplo, el paciente puede rechazar tocar o puede requerir simplemente escuchar.</p> <p>2. El paciente canta/toca/se mueve en respuesta a directivas musicales. Por ejemplo, el paciente completa un ritmo al final de la frase del terapeuta, imita una melodía o ritmo, o intenta seguir el ritmo de la música.</p> <p>3. El paciente canta/toca/se mueve más espontáneamente y muestra estar atento a cualidades musicales como el tempo o dinámicas. Por ejemplo, el paciente puede tocar al ritmo de la música y aligerar su ejecución cuando el terapeuta toca más rápido.</p> <p>4. El paciente canta/toca/se mueve espontáneamente y demuestra flexibilidad creativa en respuesta a la música y estar atento a ella. Por ejemplo, el paciente toca en relación al ritmo de la música del terapeuta y crea sus propios patrones</p> | 4 | 4 | 4 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| rítmicos. | | | | |
| <p>Comunicación Verbal (observada a través del nivel de comunicación verbal del paciente, por ej: gestual, pre-verbal, verbal).</p> <p>1. El paciente no se comunica de ninguna manera.</p> <p>2. El paciente intenta comunicarse, habla por momentos, usando palabras o frases cortas. Por ejemplo, el paciente puede responder preguntas con monosílabos, o decir “volver a la cama”.</p> <p>3. El paciente se involucra en una conversación simple y recíproca que puede carecer de claridad. Por ejemplo, el paciente puede participar en un intercambio verbal en relación al contexto de una canción, pero cambia de tema, pierde el foco, o demuestra confusión cognitiva.</p> <p>4. El paciente se involucra en una conversación recíproca coherente. Por ejemplo, el paciente es capaz de discutir y elaborar acerca de un determinado tema con el terapeuta.</p> | 2 | 2 | 2 | 2 |
| <p>Respuesta emocional (observada a través de expresiones emocionales visibles, verbales y musicales). Por ejemplo, sonreír en respuesta al canto del terapeuta, mostrando tristeza acerca de recuerdos asociados a una canción, expresando emociones en la elección de canciones o en la forma en que el paciente toca música.</p> <p>1. El paciente expresa poca o nula emoción durante la sesión.</p> <p>2. El paciente expresa emociones relacionadas a la sesión intermitentemente.</p> <p>3. El paciente expresa emociones relacionadas al contenido de la sesión gran parte del tiempo.</p> <p>4. El paciente expresa emociones relacionadas al contenido de la sesión a través de la misma.</p> | 3 | 3 | 3 | 3 |
| <p>Alcance de la respuesta general (observada a través de la expresión facial del paciente, contacto visual, orientación corporal, comunicación verbal, producción musical activa, entusiasmo, interés o motivación).</p> <p>1. El paciente muestra poca o nula respuesta a la música y/o al musicoterapeuta.</p> <p>2. El paciente responde de manera intermitente a la música y/o al musicoterapeuta.</p> <p>3. El paciente responde a la música y/o al musicoterapeuta durante gran parte de la sesión.</p> <p>4. El paciente responde a la música y/o al musicoterapeuta a lo largo de la sesión con interés y entusiasmo.</p> | 3 | 4 | 4 | 4 |

10. Anexo C

Planilla de puntuación de MiDAS: Music in Dementia Assessment Scales (McDermott, Orrell & Ridder, 2015), versión modificada, para la condición de Music & Memory.

Pre: debe completarse en base a la observación de la persona en los 5 minutos previos a la condición. Decidir el puntaje PROMEDIO para cada ítem.

Post: debe completarse en base a la observación de la persona en los 5 minutos MÁS SIGNIFICATIVOS de la sesión.

Ítems 1 a 6 se puntúan de 0 a 100. Si la persona pareció dormida la mayor parte del tiempo, NO puntuar ítems 1 a 6, ir directamente al ítem 7.

| Fecha y hora | 19/10/18 11:00 hs | | 23/10/18 17:00 hs | | 26/10/18 9:45 hs | | 30/10/18 19:00 hs | |
|--|----------------------|-------------|----------------------|------|---------------------|-------------|----------------------|-------------|
| Escalas Registro | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post |
| 1. Niveles de interés en objetos/actividades/otras personas a su alrededor. | 50 | 100 | 80 | 100 | 80 | 100 | 80 | 80 |
| 2. Niveles de Respuesta en comunicación/actividad (nivel de alerta, interacción). | 80 | 100 | 80 | 100 | 80 | 100 | 80 | 90 |
| 3. Niveles de iniciación en comunicación/actividad (intención). | 80 | 100 | 70 | 100 | 80 | 50 | 70 | 80 |
| 4. Niveles de compromiso en la comunicación/actividad (participación). | 20 | 100 | 80 | 100 | 70 | 90 | 70 | 70 |
| 5. Niveles de disfrute durante la comunicación/actividad. | 40 | 100 | 90 | 100 | 70 | 100 | 70 | 70 |
| 6. Durante este período de tiempo, ¿notó alguna reacción mayor por parte de la persona? Indicar sólo si fueron observadas: a. Agitación/agresión b. Ánimo decaído/retraído c. Ansioso/inquieto d. Ánimo relajado e. Atento/interesado f. Sonriente/alegre | a f | d e f | f | f | d f | d e f | c d e f | d e f |

7. ¿Algún comentario?

19/10/18: No quería ser llevada a su habitación. Finalmente accedió, pero antes de llegar volvió a negarse y en tono firme y de queja dijo: “yo me quiero sentar acá” (señalando una silla del comedor). Se la estaba ayudando a sentarse y gritó: “¡soltame!”. Al terminar siguió tarareando sola.

23/10/18: Hizo un gesto con las manos para que me acercara. Al hacerlo, tomó mi mano, la besó, me miró a los ojos, sonriendo y tarareando. Luego, por momentos agitando la mano que tenía libre, por otros, apoyándola sobre mi mano, exclamó emocionada: “¡Yo me lo ac... me lo sé todo! ¡Lo sé todo, lo sé todo, lo sé todo!” y volvió a reír mirándome a los ojos. Incorporó a su compañero, se comunicó con él.

26/10/18: Hubo que llevarla a la habitación. Al entrar dijo: “yo te hago la seña”, y dijo su nombre (o quizás lo leyó del letrero en la entrada a su habitación).

30/10/18: En un momento preguntó si me gustaba, si estaba cantando bien. Al finalizar volvió a preguntar si me había gustado.

Referencias para la puntuación de ítems 1 a 5:

1. Niveles de interés en objetos/actividades/otras personas a su alrededor: ¿Mostró interés en la actividad o en otras personas a su alrededor? ¿Su postura o expresión facial cambió si la música/actividades captaron su atención? ¿Se mostró animado/a si las actividades o música captaron su atención?

2. Niveles de Respuesta en comunicación/actividad (nivel de alerta, interacción). Por ej.: ¿Su expresión facial o movimientos corporales dieron cuenta de ser consciente del terapeuta/personal? ¿Realizó contacto visual con el personal/terapeuta u otros miembros del grupo? ¿Se unió a la conversación, o inició la producción de música, o hizo algún sonido vocal?

3. Niveles de iniciación en comunicación/actividad (intención). Por ej.: ¿Trató de comunicarse con el personal/terapeuta u otros miembros del grupo? ¿Inició una conversación, la producción de música o una vocalización? ¿Habló acerca de sus experiencias de vida (reminiscencias) o mencionó que la música fuera significativa para él/ella?

4. Niveles de compromiso en la comunicación/actividad (participación). Por ej.: ¿Se mostró comprometido en una conversación, producción de música o cualquier forma de comunicación? ¿Mostró entusiasmo en actividades de su interés?

5. Niveles de disfrute durante la comunicación/actividad. Por ej: Sonreír, reírse, ánimo positivo. Sentido del humor, jugueteo. Humor relajado.

11. Anexo D

Planilla de puntuación del inventario de agitación Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield, 1991), versión modificada (M-CMAI), para la condición Music & Memory.

| M- CMAI | Fecha y hora | | Fecha y hora | | Fecha y hora | | Fecha y hora | |
|--|------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|
| Condición: Music & Memory | 19/10/18 11hs | | 23/10/18 17 hs | | 26/10/18 9:45 hs | | 30/10/18 19 hs | |
| <i>Puntuar 1 si está presente durante la observación</i> | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post |
| Vestimenta inadecuada /desnudarse | | | | | | | | |
| Escupir (incluido comida) | | | | | | | | |
| Maldecir / agresividad verbal | | | | | | | | |
| Demanda continua e injustificada de atención /ayuda | | | | | | | | |
| Frases o preguntas repetitivas | | | | | | | | |
| Pegar, incluso a uno mismo | | | | | | | | |
| Dar patadas | | | | | | | | |
| Agarrar a las personas | | | | | | | | |
| Dar empujones | | | | | | | | |
| Lanzar objetos | | | | | | | | |
| Hacer ruidos raros (risa o llanto extraños) | | | | | | | | |
| Gritar | | | | | | | | |
| Morder | | | | | | | | |
| Arañar | | | | | | | | |
| Tratar de irse a otro sitio | | | | | | | | |
| Caída intencionada | | | | | | | | |
| Estar quejándose | 1 | | | | | | | |
| Negativismo | 1 | | | | | | | |
| Comer o beber cosas no comestibles | | | | | | | | |
| Hacerse daño /hacer daño | | | | | | | | |
| Manejo inadecuado de cosas | | | | | | | | |
| Esconder cosas | | | | | | | | |
| Acumular cosas | | | | | | | | |
| Romper cosas o destruir sus propias pertenencias | | | | | | | | |
| Repetir movimientos estereotipados | | | | | | | | |
| Realizar insinuaciones sexuales de tipo verbal | | | | | | | | |
| Realizar insinuaciones sexuales de tipo físico | | | | | | | | |
| Deambular | | | | | | | | |
| Inquietud general | | | | | | | | |
| Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |