

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención con musicoterapia sobre el riesgo de deterioro cognitivo en personas institucionalizadas desde terapia ocupacional.

Intervention programme of music therapy from occupational therapy in institutionalised people at risk of cognitive deterioration.

Autora

Patricia Mainz Navarro

Director/es

María Begoña Adiego Sancho

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
3. INTRODUCCIÓN.....	7
3.1. MODELOS Y MARCOS UTILIZADOS:.....	10
4. OBJETIVOS	12
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
5. METODOLOGÍA.....	13
5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	13
5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	13
5.3. JUSTIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS:.....	14
5.4. FASES DEL PROGRAMA:.....	14
6. DESARROLLO	17
6.1. RECURSOS.....	17
6.2. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA.....	18
6.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA	19
6.4. REEVALUACIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA.....	22
7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	24
7.1. EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA	24
7.2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	24
7.3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	25
8. CONCLUSIÓN	26
9. BIBLIOGRAFÍA.....	27
10. ANEXOS	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	18
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Justificación de actividades por cada objetivo	14
Tabla 2- Temporalización de las diferentes actividades.....	16
Tabla 3. Cronograma de las actividades.	19
Tabla 4. Descripción de la actividad 1.	20
Tabla 5. Descripción de la actividad 2.	21
Tabla 6. Descripción de la actividad 3.	21
Tabla 7. Descripción de la actividad 4.	22
Tabla 8. Descripción de la actividad 5.	22
Tabla 9. Indicadores de estructura del programa.	24
Tabla 10. Indicadores de resultados del programa.	25
Tabla 11. Indicadores de satisfacción del programa.....	25

1. RESUMEN

El envejecimiento de la población ha hecho que los casos de deterioro cognitivo hayan ido en aumento en los últimos años. La causa principal del deterioro cognitivo es la demencia, que es un grave problema de salud pública. Por ello se ha decidido poner en marcha esta propuesta.

El presente trabajo consiste en un programa de intervención en personas con deterioro cognitivo leve o moderado donde se tratará de demostrar la efectividad y los beneficios de la musicoterapia en el retraso de los síntomas.

Se realizará una evaluación inicial a todas las personas para seleccionar a los participantes mediante el Mini Examen Cognoscitivo y se evaluará con el Índice de Barthel a los participantes.

Las actividades para realizar la intervención serán propuestas en base a unos objetivos establecidos previamente. En el desarrollo de las actividades se trabajarán y reforzarán habilidades como la memoria.

Una vez realizadas las actividades se procederá a la reevaluación y se repartirá un cuestionario de satisfacción.

Por último, se establecen uso parámetros para garantizar la efectividad del programa de intervención.

PALABRAS CLAVE: "musicoterapia", "deterioro cognitivo", "demencia", "terapia ocupacional".

2. ABSTRACT

The ageing of the population has meant that cases of cognitive impairment have been increasing in recent years. The main cause of cognitive decline is dementia, which is a serious public health problem. It was therefore decided to launch this proposal.

The present work consists of an intervention programme for people with mild to moderate cognitive impairment in which we will try to demonstrate the effectiveness and benefits of music therapy in delaying symptoms.

An initial assessment will be carried out to select the participants using the Mini Cognitive Test and the Barthel Index will be used to evaluate the participants.

The activities to carry out the intervention will be proposed on the basis of previously established objectives. During the development of the activities, skills such as memory will be worked on and reinforced.

Once the activities have been carried out, a re-evaluation will be carried out and a satisfaction questionnaire will be distributed.

Finally, parameters are established to guarantee the effectiveness of the intervention programme.

KEY WORDS: "musictherapy", "cognitive deterioration", "dementia", "occupational therapy".

3. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población ha generado una mayor frecuencia de trastornos que afectan la capacidad cognitiva de las personas. Este fenómeno se debe en parte al aumento de la esperanza de vida lo que ha resultado en una proporción cada vez mayor de individuos de edad avanzada en comparación con la población joven. Como consecuencia, el impacto de los trastornos cognitivos se ha vuelto más evidente y relevante en nuestras comunidades (1,2,3).

El deterioro cognitivo produce alteraciones en las funciones cognitivas, como la memoria, el razonamiento, la atención, el lenguaje y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias y normalmente la conciencia no se ve afectada. Es una condición que afecta principalmente a las personas de edad avanzada, aunque también puede presentarse en etapas más tempranas de la vida. Entre estos trastornos, la demencia se destaca como la causa más común de dicho deterioro (4).

La demencia es un trastorno neurodegenerativo crónico. Sus síntomas pueden variar, pero suelen incluir la pérdida de memoria a corto plazo, dificultades para realizar tareas cotidianas, desorientación en tiempo y lugar, cambios en el estado de ánimo y la personalidad, problemas de comunicación y dificultades en el pensamiento abstracto. Conforme la enfermedad progresa, estos síntomas se vuelven más graves y pueden interferir significativamente en la vida diaria de la persona y en sus relaciones sociales (4,5).

Existen diferentes tipos de demencia que se clasifican según la causa subyacente de la enfermedad, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, entre otras. Además de estos tipos principales, existen otras formas menos comunes de demencia, como la demencia por enfermedad de Parkinson, la demencia por enfermedad de Huntington y la demencia por enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, entre otras (3,6).

La demencia no tiene cura y su progresión es gradual e irreversible. Sin embargo, existen estrategias y tratamientos que pueden ayudar a mejorar la

calidad de vida de las personas afectadas y aliviar algunos de los síntomas. Estos pueden incluir medicamentos para controlar los síntomas cognitivos y conductuales, terapia ocupacional y programas de estimulación cognitiva, así como el apoyo emocional y práctico tanto para la persona con demencia como para sus cuidadores y familiares (3,4,5).

La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia, representando alrededor del 60-70% de los casos. Se caracteriza por la acumulación anormal de proteínas en el cerebro, lo que conduce a la degeneración progresiva de las células cerebrales. Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias (3,7,8).

Según las estimaciones, para el año 2050 se espera que la cantidad de personas con demencia alcance los 135,5 millones a nivel mundial. Este aumento se debe principalmente al envejecimiento de la población y al hecho de que la demencia es más común en personas mayores (8).

En cuanto a la incidencia de demencia, a nivel global, se estima que la incidencia es de alrededor de 7,5 por cada 1.000 personas por año. Sin embargo, es importante destacar que la incidencia puede variar según la región y los factores de riesgo específicos de cada población (5).

En el caso de España, se estima que la incidencia de demencia es de aproximadamente 10-15 nuevos casos por cada 1.000 personas por año. Nuevamente, estos números pueden variar según la región y otros factores demográficos (5).

En cuanto a la diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres, se ha observado que los hombres tienen una prevalencia ligeramente mayor que las mujeres. Sin embargo, esta diferencia puede variar en diferentes estudios y puede estar influenciada por factores como la esperanza de vida y las diferencias en la presentación y diagnóstico de la demencia en hombres y mujeres (5).

El aumento de la prevalencia a nivel mundial plantea la necesidad de abordar esta enfermedad de manera efectiva y en el menor tiempo posible ya que se

debe considerar un problema de alta prioridad debido a sus dimensiones socioeconómicas y repercusiones sanitarias (4,9).

En este sentido, se ha demostrado que las terapias no farmacológicas tienen un efecto positivo en el manejo de la demencia. Estas terapias se centran en abordar tanto las alteraciones cognitivas como del comportamiento y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas desde una perspectiva biopsicosocial. Su objetivo principal es retrasar el deterioro cognitivo y la dependencia en los ancianos, promoviendo así el envejecimiento activo y la autonomía personal enfocándose siempre en el individuo (8, 10, 11).

Es importante destacar que estas terapias no sustituyen los tratamientos farmacológicos existentes para la demencia. Sin embargo, las terapias no farmacológicas pueden complementar estos tratamientos y proporcionar beneficios adicionales en el manejo integral de la demencia (10).

Dentro de las terapias no invasivas utilizadas para abordar el deterioro cognitivo, se ha demostrado que la musicoterapia es efectiva. La Asociación Estadounidense define la musicoterapia como el uso clínico y basado en la evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica. Este tipo de intervención utiliza la música y sus elementos (como ritmo, melodía y armonía) de manera estructurada para alcanzar objetivos terapéuticos. Ha demostrado tener efectos favorables sobre la demencia en todos los niveles de la persona: físico, cognitivo, social y emocional. (10,11,12,13).

Existen estudios que respaldan que la musicoterapia ha demostrado mejorar las interacciones sociales positivas y cooperativas. La música puede fomentar la participación, el juego, el movimiento y la expresión emocional, lo que contribuye a crear un ambiente social en el que las personas se sienten más involucradas, conectadas y comprometidas con los demás. Además, puede ser utilizada en combinación con otras terapias no farmacológicas y tratamientos médicos para un enfoque integral y personalizado (10,11,12,14).

La musicoterapia puede adaptarse según el grado de autonomía y funcionamiento de los pacientes con demencia. Las actividades que implican

escuchar o crear música se utilizan como herramientas para trabajar las capacidades multisensoriales y motoras (13,15).

La musicoterapia tiene la capacidad de modular diversos factores cognitivos y del comportamiento. Puede ayudar a enfocar la atención, inducir y regular respuestas emocionales, facilitar funciones cognitivas y generar patrones de movimiento específicos. Además, la musicoterapia se ha demostrado como un apoyo significativo para aliviar la ansiedad. Esto se debe a que el cerebro percibe los ritmos y las entonaciones lentas y suaves de la música de manera favorable, lo que contribuye a reducir los niveles de ansiedad (16).

La música puede ser recibida y percibida hasta las últimas fases de la demencia y se preservan varias funciones musicales como la interpretación de obras aprendidas con anterioridad o la capacidad de tocar un instrumento (14,15,16).

Además de las ventajas mencionadas anteriormente, es importante destacar la conexión que se establece al trabajar con musicoterapia. En este enfoque, la música se convierte en la protagonista de la intervención, desplazando el enfoque de la atención exclusivamente en la patología. Además, las personas con las que se realiza la intervención no solo se benefician, sino que también aportan un crecimiento y aprendizaje significativo al profesional (18).

La Terapia Ocupacional tiene como objetivo ayudar a las personas a mantener su independencia y funcionalidad en su vida cotidiana. La música se convierte en una herramienta terapéutica efectiva para lograr este objetivo, ya que puede estimular la memoria, la atención, el razonamiento y otras habilidades cognitivas (19).

Teniendo en cuenta pues todos estos aspectos, este estudio se ha centrado en crear una propuesta de trabajo a través del cual se quiere comprobar la eficacia de la musicoterapia como terapia no invasiva en personas con deterioro cognitivo desde la Terapia Ocupacional.

3.1. MODELOS Y MARCOS UTILIZADOS:

Marco de la AOTA:

El marco de la AOTA se utiliza en terapia ocupacional debido a su enfoque integral y basado en la evidencia. Proporciona una estructura sólida para

evaluar, planificar e implementar intervenciones de terapia ocupacional, y también ayuda a los terapeutas a medir los resultados de su trabajo.

Fue desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación. Se divide en dos secciones principales que están unidas entre sí y que se enfocan en el desempeño de las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica del cliente, el contexto y el ambiente, y las ocupaciones del cliente. Son: el dominio (demandas de la actividad, destrezas de ejecución, contexto y entorno, áreas de ocupación, características del cliente y patrones de ejecución) y el proceso (centrado en la persona y la ocupación, se realiza una evaluación, una intervención y los resultados) (20).

Modelo de ocupación humana:

El Modelo de Ocupación Humana se utiliza en Terapia Ocupacional debido a su enfoque holístico y su capacidad para comprender y abordar las necesidades ocupacionales de las personas. Proporciona un marco teórico sólido y práctico para guiar la evaluación y la intervención terapéutica, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la participación ocupacional de los individuos.

Considera que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana y que tiene valor terapéutico. Las personas no pueden estar sanas si no tienen ocupaciones significativas y las ocupaciones de una persona pueden afectar y alterar su salud, ya que, pueden ser usadas como herramientas para mejorar la salud, deben tener un propósito, ofrecer un reto, y estar vinculadas al logro y la satisfacción.

La mayor parte de las actividades se basan en este modelo ya que van destinadas a la toma de decisiones de los usuarios, el uno a uno, se tiene en cuenta sus intereses para que la actividad sea significativa (21).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Retrasar el deterioro cognitivo como primera fase de demencia en personas institucionalizadas mediante la musicoterapia.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Trabajar y mantener la memoria a corto y largo plazo.
2. Mantener o incrementar el estado físico por medio de música y movimiento.
3. Ayudar a disminuir la ansiedad con melodías calmadas.

5. METODOLOGÍA

Se realizó la revisión bibliográfica de la literatura sobre deterioro cognitivo y musicoterapia. Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Medline a través de la plataforma de búsqueda Pubmed, Dialnet y Google académico con 4 palabras clave principales (musicoterapia, deterioro cognitivo, demencia, terapia ocupacional) explorando diferentes combinaciones entre ellas mediante el operador booleano "and".

La búsqueda inicial produjo 2150 referencias. Se descartaron todos los artículos que fueran anteriores al año 2015, redactados en idiomas que no fueran inglés y/o español, los que no estudiaron personas mayores de 65 años y finalmente aquellos que no tenían suficiente base científica o no registraron eventos de interés. Además, se destacaron aquellos que no cumplían con las expectativas de eficacia.

Al final se incluyeron 19 artículos a texto completo (1-19) por tener útil evidencia científica y ser clínicamente o técnicamente relevantes para el tema de estudio.

El programa de intervención se llevará a cabo en una residencia. Está planteado para que lo dirija la terapeuta ocupacional del centro con el fin de poder desarrollar el programa en personas institucionalizadas con deterioro leve o moderado. Será la encargada de realizar la evaluación a los residentes, clasificarlos y llevar a cabo la intervención.

Basándonos en los casos de deterioro cognitivo leve o moderado, se formarán grupos de aproximadamente 6 personas. Los grupos se formarán en base a la puntuación obtenida en el MEC, se harán grupos de usuarios que hayan obtenido puntuaciones similares y cuyo resultado sea el mismo en cuanto a nivel de deterioro cognitivo.

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

El programa está dirigido a residentes diagnosticados o no de demencia cuyo resultado en el Mini Examen Cognoscitivo de lobo sea entre 24 y 19 puntos.

5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyen a personas sin ningún tipo de deterioro cognitivo, así como a las personas con deterioro cognitivo grave.

5.3. JUSTIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS:

A continuación, se presenta una tabla con cada uno de los objetivos y las actividades que se van a llevar a cabo para lograrlos:

ACTIVIDADES	OBJETIVO
Canciones que contengan la palabra... Relacionar canción y autor Rellena el hueco	Trabajar y mantener la memoria a corto y largo plazo.
Gerontogimnasia siguiendo el ritmo de la música.	Mantener o incrementar el estado físico por medio de música y movimiento.
Relajación con música	Disminuir la ansiedad con melodías calmadas.

Tabla 1. Justificación de actividades por cada objetivo.

5.4. FASES DEL PROGRAMA:

Como fase previa, para llevar a cabo el programa será necesaria la aprobación de la residencia (de la Residencia Villa de Sádaba), así como el consentimiento informado de los usuarios seleccionados para participar o en su defecto del tutor legal. Tendrá una duración de una semana (*Anexo I*).

El programa tendrá una duración de 3 meses. Constará de 3 fases teniendo en cuenta el Marco de trabajo de la AOTA:

Evaluación: Tendrá una duración de 3 semanas. Se realizará la evaluación a todos los residentes para posteriormente seleccionar a los participantes del programa en función de sus habilidades cognitivas. Las herramientas de evaluación son (*Anexo II*):

- **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo:** Es una adaptación al español del Mini-Mental State Examination. Esta herramienta de evaluación tiene como finalidad detectar de forma precoz el deterioro cognitivo. Existen dos versiones, una de puntuación máxima 30 y otra 35. Se considera que el usuario tiene deterioro cognitivo si la puntuación es igual o

menor a 24 puntos. En este programa de intervención utilizaremos el MEC cuya puntuación máxima es 35 puntos (22).

- Índice de Barthel: Es una herramienta de evaluación que mide la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pudiéndose obtener una estimación del grado de dependencia de la persona. La puntuación máxima es de 100 puntos (90 para una persona en silla de ruedas), siendo 100 autonomía total. Se evalúa la necesidad de ayuda en las siguientes actividades: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficies lisas o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina (23).
- Listado de intereses musicales: Una vez realizadas las escalas, a los participantes del programa se les proporcionará un listado con cantantes, canciones y gusto musical de cada uno para desarrollar las actividades en base a los intereses y gustos de todos ellos.

Planificación e implementación de la intervención: tendrá una duración de 6 semanas. Se desarrollarán las diferentes actividades propuestas para cada grupo en función del nivel de deterioro cognitivo. Todas las actividades se llevarán a cabo en base a los objetivos propuestos en el programa con el fin de cumplirlos. La realización de las actividades tendrá una duración de siete semanas en las que cada grupo dedicará 3 horas a la semana.

A continuación, se muestra una tabla con las actividades que se van a realizar y el tiempo de dedicación en el programa:

ACTIVIDAD	TIEMPO DE DEDICACIÓN
Relacionar canción y autor	2 horas en total
Canciones que contengan la palabra...	2 horas en total
Rellena el hueco	2 horas en total
Gerontogimnasia al ritmo de la música	6 horas en total
Relajación con música	6 horas en total

Tabla 2- Temporalización de las diferentes actividades.

Reevaluación y revisión de resultados: tendrá una duración de 3 semanas. Se realiza de nuevo la evaluación inicial además de una encuesta de satisfacción del programa que ha realizado una vez finalizada la intervención con los participantes del programa. Entre la evaluación inicial y la final se ha establecido un tiempo de 3 meses.

6. DESARROLLO

El programa de intervención se llevará a cabo en la Residencia Villa de Sádaba, la cual consta de dos edificios. Uno de ellos tiene tres plantas y el otro es de una planta. En el edificio más pequeño se encuentran las habitaciones de los residentes que requieren mayor ayuda y cuidado. En el otro edificio, hay dos plantas ocupadas por usuarios que necesitan poca ayuda o son independientes en las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs), mientras que en la planta baja se encuentran servicios como enfermería, peluquería, sala de terapia ocupacional, salas comunes y el comedor.

La residencia ofrece un total de 76 plazas residenciales, de las cuales 70 están ocupadas en la actualidad. De los residentes, 45 presentan deterioro cognitivo. Entre ellos, 25 tienen un deterioro cognitivo leve o moderado, por lo que serán los participantes del programa de intervención.

El programa está planteado para que lo dirija la Terapeuta Ocupacional de la Residencia Villa de Sádaba (L.E) con el fin de poder desarrollar el programa en personas institucionalizadas. Será la encargada de realizar la evaluación a los residentes, clasificarlos y llevar a cabo la intervención.

En base a los casos de deterioro cognitivo leve o moderado, se formarán 4 grupos con un total de 25 participantes. Se organizarán 3 grupos con 6 residentes cada uno, y un grupo adicional con 7 residentes.

6.1. RECURSOS

Este programa está diseñado para que se realice de manera grupal, aunque si fuera necesaria también se podría realizar una intervención individual con la persona que lo necesite. Por ello se ha organizado en grupos de iguales con una duración determinada.

6.1.1. Recursos humanos:

El equipo multidisciplinar que dirija el programa estará conformado por:

- Una terapeuta ocupacional que se encargue de realizar las evaluaciones individuales, dirigir las sesiones y actividades incluidas y realizar las reevaluaciones.

- Auxiliares que se ocupen de acompañar a los participantes del taller a las salas en las que se lleven a cabo las diferentes actividades a la hora establecida.

Es importante que los auxiliares estén compenetrados con la terapeuta para avisar a los usuarios a las horas previstas y acompañarlos al lugar correspondiente.

6.1.2. Recursos materiales:

La ejecución de las actividades se va a llevar a cabo en la Residencia Villa de Sádaba en la localidad de Sádaba.

Para llevar a cabo el programa, será necesario:

- Lapiceros, gomas de borrar, bolígrafos y fotocopias de las diferentes actividades.
- Picas y aros.
- Una sala amplia con diferentes materiales sin mesas y con sillas en los extremos.
- Una sala con mesas y sillas que tenga espacio suficiente para albergar a unas 6 personas.

Las salas deben de estar dotadas de un dispositivo conectado a un altavoz con la suficiente potencia para sonar en toda la sala y diferentes adaptaciones para usuarios en silla de ruedas o que requieran de andador. Además de una iluminación natural adecuada con grandes ventanales y buena luz artificial. Por último, es necesario que estén aisladas del ruido.

6.2. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

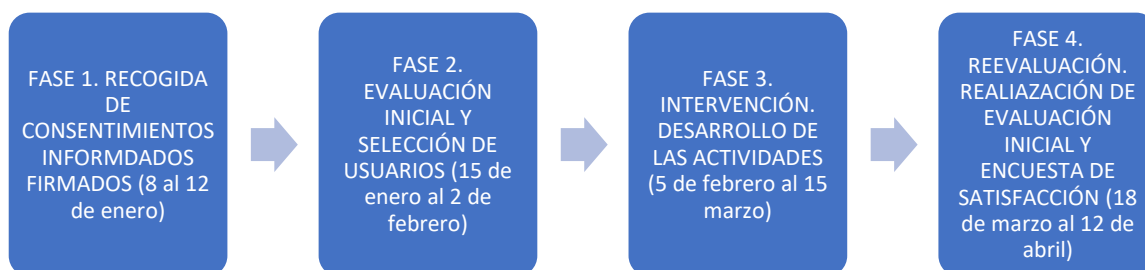


Figura 1. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

6.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA

SEMANA	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES
Semana 1	Relacionar canción y autor.	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.
Semana 2	Canciones que contengan la palabra...	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.
Semana 3	Rellenar el hueco.	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.
Semana 4	Relacionar canción y autor.	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.
Semana 5	Canciones que contengan la palabra...	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.
Semana 6	Rellenar el hueco.	Gerontogimnasia al ritmo de la música.	Relajación con música.

Tabla 3. Cronograma de las actividades.

6.3.1. Evaluación inicial:

Antes de comenzar con las sesiones de intervención se realizarán las evaluaciones mencionadas anteriormente a todos los usuarios de la residencia. Esta fase tendrá una duración de 3 semanas. Una vez seleccionados los participantes del programa y conformados los grupos se llevarán a cabo las actividades.

6.3.2. Descripción de las actividades

El programa consta de 6 actividades repartidas en un total de 6 semanas. Las actividades se realizarán en horario de mañanas. Todas ellas están planteadas para alcanzar los objetivos propuestos al inicio del programa.

- **Relacionar el autor con la canción:**

La actividad consiste en identificar el autor de las canciones propuestas y unirlo con esta. La actividad será realizada con el objetivo de trabajar la lectoescritura y la memoria a largo plazo. Para seleccionar las canciones se tendrá en cuenta el listado de intereses musicales relleno por cada uno de los participantes en la fase de evaluación (*Anexo III*).

ACTIVIDAD 1: Relacionar el autor con la canción	
Lugar	Sala con mesas y sillas.
Profesional encargado	Terapeuta ocupacional
Duración de la sesión	1 hora
Número de sesiones	2
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Bolígrafo o lapicero • Fotocopia con diferentes canciones y autores
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la lectura. • Trabajar la memoria a largo plazo.

Tabla 4. Descripción de la actividad 1.

- **Canciones que contengan la palabra:**

La terapeuta ocupacional dirá una palabra en alto. Los usuarios tendrán que decir el título y cantar el trozo de la canción donde se encuentre la palabra nombrada. La actividad ha sido propuesta con el fin de trabajar principalmente la memoria a largo plazo y la asociación de palabras con las diferentes canciones.

ACTIVIDAD 2: Canciones que contengan la palabra	
Lugar	Sala con mesas y sillas.
Profesional encargado	Terapeuta ocupacional
Duración	1 hora
Número de sesiones	2
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la lectura y la escritura. • Trabajar la memoria a largo plazo. • Reforzar el habla.

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la asociación de palabras con canciones.
--	---

Tabla 5. Descripción de la actividad 2.

- **Rellenar el hueco:**

La actividad consiste en entregar una fotocopia con varias letra Relajación con música.s de unas canciones en la que haya palabras que estén borradas. La terapeuta ocupacional pondrá la canción en los altavoces de la sala y los usuarios tendrán que rellenar el hueco de la palabra. Las canciones se seleccionarán en función de los gustos e intereses de las personas del grupo participante (*Anexo IV*).

ACTIVIDAD 3: Rellenar el hueco	
Lugar	Sala con mesas y sillas.
Profesional encargado	Terapeuta ocupacional
Duración de la sesión	1 hora
Número de sesiones	2
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Bolígrafo o lapicero. • Fotocopia con letras de canciones en las que se hayan eliminado palabras.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la lectoescritura. • Trabajar la memoria a corto plazo.

Tabla 6. Descripción de la actividad 3.

- **Gerontogimnasia al ritmo de la música:**

Esta actividad tiene como finalidad mejorar el estado físico de los participantes mediante ejercicios de gerontogimnasia adaptados al ritmo de la música. Se practicarán diferentes ejercicios para poder crear una coreografía y mostrarla a los usuarios de la residencia en la última sesión. Los usuarios trabajarán principalmente el movimiento del cuerpo y ejercitarán la memoria a corto y largo plazo recordando los pasos de la coreografía.

ACTIVIDAD 4: Gerontogimnasia al ritmo de la música	
Lugar	Sala espaciosa con sillas al rededor.

Profesional encargado	Terapeuta ocupacional
Duración de la sesión	1 hora
Número de sesiones	6
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Picas • Aros • Altavoz
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar el movimiento de las diferentes partes del cuerpo. • Trabajar la memoria a largo plazo. • Trabajar la memoria a corto plazo.

Tabla 7. Descripción de la actividad 4.

- **Relajación con música**

La relajación ayudar a controlar o estabilizar las crisis conductuales causadas por el deterioro cognitivo. Por ello se ha propuesto una actividad en la que mediante música tranquila y control de la respiración, los usuarios tengan un rato de relajarse.

ACTIVIDAD 5: Relajación con música	
Lugar	Sala con mesas y sillas.
Profesional encargado	Terapeuta ocupacional
Duración de la sesión	1 hora
Número de sesiones	6
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Altavoz
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la respiración. • Trabajar el control del cuerpo.

Tabla 8. Descripción de la actividad 5.

6.4. REEVALUACIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA

Una vez se haya completado el programa de intervención, se realizará una reevaluación a los participantes. Se realizarán de nuevo las evaluaciones iniciales, Índice de Barthel y MEC, a los usuarios incluidos en la intervención. Se comprobará la efectividad del programa en base al cumplimiento de los objetivos planteados del programa de intervención mediante los resultados

obtenidos. También, se realizará una encuesta de satisfacción a los participantes en el que podrán opinar a cerca de las actividades realizadas, profesionales que han dirigido el programa y duración de este (Anexo V).

7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se desarrolla un proceso de evaluación con el fin de perfeccionar y mejorar el programa, se desarrolla un proceso de evaluación de este. A continuación, se muestran unas tablas que recogen los indicadores utilizados para valorar el cumplimiento de los objetivos.

7.1. EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

Seguidamente, se muestran las bases que permiten la mejora de la gestión operativa del programa:

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA	
INDICADORES	ESTÁNDAR ESPERADO
Duración del programa	Se espera que el programa tenga una duración de 3 meses.
Nº de participantes	Se estima un mínimo de 20 participantes y un máximo de 25.
Nº de participantes evaluados al inicio	Se prevé que el 100% de los usuarios de la residencia sean evaluados.
Nº de participantes que finalizan el programa	Se espera que el 90% de los participantes finalicen el programa.
Nº de talleres grupales	Se estima realizar todos los talleres grupales.

Tabla 9. Indicadores de estructura del programa.

7.2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se exponen las bases para garantizar la efectividad del programa en función del objetivo propuesto:

EVALUACIÓN DE RESULTADOS	
INDICADORES	ESTÁNDAR ESPERADO
Puntuación en el Índice de Barthel	Se espera que al menos el 80% de los participantes incrementen su puntuación en el Índice de Barthel.

Puntuación en el apartado de fijación del Mini Examen Cognoscitivo.	Se prevé que al menos el 70% de los participantes aumenten la puntuación en este apartado.
Puntuación en el apartado de memoria del Mini Examen Cognoscitivo.	Se espera aumentar la puntuación en al menos el 60% de los usuarios.
Puntuación total del Mini Examen Cognoscitivo.	Se estima que al menos el 70% de los participantes mejoren la puntuación total del MEC.

Tabla 10. Indicadores de resultados del programa.

7.3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Al finalizar el programa se evaluará la satisfacción de cada uno de los participantes a través de un cuestionario autoadministrado. Es recomendable que se haga de manera individual en un espacio sin otros participantes.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN	
INDICADORES	ESTÁNDAR ESPERADO
Puntuación de satisfacción en los diferentes talleres.	Se prevé una puntuación media de 8,5 en cada uno de los talleres realizados.
Puntuación de satisfacción de los espacios utilizados.	Se estima una media de 9 en la valoración de los espacios utilizados.
Puntuación de satisfacción de la duración del programa.	Se espera alrededor de 9 en cuanto a la duración total del programa.
Puntuación de satisfacción del profesional encargado.	La puntuación que se espera en cuanto al profesional encargado es de 9.

Tabla 11. Indicadores de satisfacción del programa.

8. CONCLUSIÓN

Esta propuesta de intervención nace del alto índice de casos de deterioro cognitivo en España y de los altos costes sociales y económicos que esto conlleva.

De forma complementaria, este trabajo se ha enfocado a la participación de los usuarios trabajando habilidades como la lectoescritura, la concentración, la atención y la participación social.

Respecto a las novedades que plantea este programa destaca la música como objeto principal desde el ámbito de la terapia ocupacional.

En cuanto a las limitaciones, el plan de intervención no se ha podido llevar a la práctica por lo que cuenta con una visión únicamente teórica. Si se lleva a cabo la realidad de la situación establecerá los cambios oportunos. También se realizará una comparación de los resultados del programa que tienen como objetivo retrasar los síntomas del deterioro cognitivo.

Por último, es reseñable como desde la terapia ocupacional se puede ayudar a retrasar los síntomas de este grave problema de salud pública mediante diferentes técnicas no farmacológicas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez CL, Gross TR. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. RIC [Internet]. 2019 [consultado el 23 de noviembre 2022];98(1):88-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2019/ric191j.pdf>
2. Arroyo Martínez F. El envejecimiento de la población comarcal a final del siglo XX. Oleana: Cuadernos de Cultura comarcal [Internet]. 2020 [consultado el 23 de noviembre 2022]; 35: 141-150. Disponible en: https://www.requena.es/sites/www.requena.es/files/Departamentos/cultura/publicaciones/oleana/Oleana35/35_07ENVEJECIMIENTOCOMARCAL_FArroyo.pdf
3. Garre-Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev Neurol [Internet]. 2018 [Citado el 23 de noviembre de 2022]; 66: 377-86. Disponible en: <http://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>
4. González Guijarro E. Musicoterapia para el tratamiento de la demencia. Una propuesta de intervención en residencias geriátricas. MiSOSTENiDO [Internet]. 2021 [Citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/12059/musicoterapia%20tratamiento%20demencia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
5. Carbonell García AI. Efectividad de la musicoterapia en personas con demencia. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [Citado el 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/efectividad-de-la-musicoterapia-en-personas-con-demencia/>
6. Rojo Sebastian A, Ayuso Peralta L, Garcñia Soldevilla MA, González Robles C. Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia de la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. Science direct [Internet]. 2019 [Citado el 16 de mayo de 2023]; 12 (74): 4347-56. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121930054X?casa_token=d87OMNadRj0AAAAA:rnyOykJNKrxTLIbzO67dInffP8xlrtrAuho8JjGbdHv0EEeVsCvQWj0uC1DHsRk0YKXnpOX-fw

7. Sierra Tendero N. Terapia ocupacional. Intervención domiciliaria en fase inicial de Alzheimer. NPunto [Internet]. 2021 [Citado el 16 de mayo de 2023]; 4 (45): 28-55. Disponible en:
<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/61c0897be969fart2.pdf>
8. Muñoz García B. Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Revista asturiana de Terapia Ocupacional [Internet]. 2018 [Citado el 23 de noviembre 2022]; (13): 1-12. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562812>
9. Bosh Bayard RI, Zayas Llerena T, Hernández Ulloa E. Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias. [Internet]. Scielosp.org. [Consultado 16 de mayo 2023]. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n3/449-460/es>
10. Birigay Mínguez C, Corcuera de Velasco J. Reminiscencia y musicoterapia como intervenciones no farmacológicas en pacientes con demencia y cuidadores familiares. Familia [Internet]. 2022 [Citado el 16 de mayo de 2023]; 60: 123-146. Disponible en:
<https://revistas.upsa.es/index.php/familia/article/view/452/350>
11. Blázquez Rubio M, Martínez Santamaría E, Berges Borque L, Marzal Rubio Á, Gil Pardos B, Andrés Martínez AI. Terapia con música en la tercera edad. [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [Citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/terapia-con-musica-en-la-tercera-edad/>
12. Resano CS, Mercadal-Brotons M, de Castro M, Asensio FM. Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. INFAD Revista de Psicología [Internet]. 2015 [citado el 16 de mayo 2023]; 1 (2): 25-34. Disponible en:
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/59/50>
13. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González López-Arza MV. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia.

- Revisión sistemática. Neurología [Internet]. 2017 [citado el 16 de mayo de 2023];32(4):253–63. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485314002485?token=3F535FA291C7E25225015F8B0E494D35DDEE018D0E0153112ECA7E16D9D470473EC199467A12ECFCC0F3D701F638204A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230419155957>
14. Solsona Belmonte R. Musicoterapia para personas mayores con demencia avanzada. Impacto socioemocional y calidad de vida. *rim* [Internet]. 2021 [citado 2 de diciembre de 2022];5:43-5. Disponible en: <https://revistas.uam.es/rim/article/view/13753>
15. Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of music therapy on patients with dementia-A systematic review. *Geriatrics (Basel)* [Internet]. 2020 [citado el 23 de noviembre 2022];5(4):62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics5040062>
16. Huaquimil A. El poder de la musicoterapia, otra rama de la ciencia. *confluencia* [Internet]. 2020 [citado 18 de mayo de 2023];3(2):190-1. Disponible en:
<https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/489>
17. León Ruiz M, Pérez Nieves MT, Arce Arce S. Musicoterapia en neurorrehabilitación: el regalo de Apolo. *Kranion* [Internet]. 2019 [consultado el 16 de mayo 2023]; 14: 129-35. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Moises-Leon-Ruiz/publication/338036659_Musicoterapia_en_neurorrehabilitacion_el_regalo_de_Apolo/links/5dfb1b42a6fdcc28372bf2ef/Musicoterapia-en-neurorrehabilitacion-el-regalo-de-Apolo.pdf
18. Zharinova-Sanderson O. Trabajando en y con la Música: principios fundamentales del abordaje Nordoff Robbins de Musicoterapia y sus aplicaciones en la práctica Nordoff Robbins en Gran Bretaña. En: Lichtensztejn M. Música, diversidad y transformación. Actas del simposio internacional musicoterapia Nordoff Robbins. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales; 2020. p.13-19. Disponible en:

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/5050/Actas_Simposio_Intern_Musicoterapia_UCES_2019.pdf?sequence=1#page=14

19. César AV. Estimulación multisensorial y musicoterapia individual: tratamiento de la agitación y estado afectivo en demencia grave. R M Rev electrón metodol apl [Internet]. 2023 [citado el 18 de mayo de 2023];25(1):1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8856181>
20. Zapata Jiménez M, Rozas Muñoz A, Roncal Marcilla Y. Evolución técnica del marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. [Internet] TOG. 2022 [Citado el 16 de mayo de 2023] 19 (1): 16-25. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/145/122>
21. Valdebenito Aravena A. Introducción: el Modelo de Ocupación Humana (MOHO). [Internet]. ContexTO. 2019 [Citado el 16 de mayo 2023] 5: 11-20. Disponible en: <https://zenodo.org/record/2587051>
22. Tarazaga Muñoz MI. Evaluación neuropsicológica y plan de tratamiento de un caso de demencia tipo Alzheimer. [Internet] Rev Dis Cli Neuro, 2014 [Consultado 16 de mayo 2023] 1 (1): 1-16. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/113266/1/RDCN_2014_V1_N1_1.pdf
23. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. El índice de ADL de Barthel: un estudio de confiabilidad. Estudios internacionales de discapacidad, [Internet] 2016 [consultado 16 de mayo 2023], 10 (2), 61-63. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288809164103>

10. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PRGORAMA DE INTERVENCIÓN

Me dirijo a usted para informarle sobre el programa de intervención en el que se le invita a participar. Debe saber que su participación es totalmente voluntaria y puede decidir retirar el consentimiento en cualquier fase del programa.

Participar en el programa no implica riesgos, lo único que se pide es realizar lo que se le mande. Además, esta intervención puede tener beneficios para usted.

Yo.....,
con D.N.I he recibido suficientemente información acerca del programa y presento mi conformidad de participación y autorizo a los profesionales que utilice los resultados obtenidos para el análisis de datos.

Firma del participante

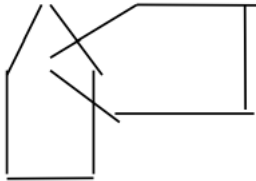
Firma del profesional

Fecha

ANEXO 2: EVALUACIONES

Mini Examen cognoscitivo

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
ORIENTACIÓN	
• Dígame el día..... fecha Mes..... Estación..... Año..... (5 puntos)	
• Dígame el hospital (o lugar).....	
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)	

FIJACIÓN
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)
MEMORIA
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos) ¿qué son el rojo y el verde ?
• ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
• Escriba una frase (1 punto)
• Copie este dibujo (1 punto)


ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

20 Dependencia total

ANEXO 3: Relacionar el autor con la canción

Nombre..... Fecha.....

Relacione los siguientes cantantes con sus respectivas canciones:

Raphael	Eva María se fue
Isabel Pantoja	No dejes de soñar
Camela	Se me enamora el alma
Vicente Fernández	Mi gran noche
Queen	El rey
Azúcar Moreno	Fiesta
Manuel Carrasco	Mi carro
Manolo Escobar	Sueño contigo
Rafaela Carrá	Bohemian Rhapsody
Formula V	Solo se vive una vez

ANEXO 4: Rellenar el hueco

Nombre..... Fecha.....

A continuación, se muestra la letra de una canción con palabras que faltan.
Escuche atentamente la canción y rellene los huecos.

HOY QUIERO CONFESAR. ISABEL PANTOJA

Por si hay una pregunta en el _____

Por si hay alguna duda sobre mi

Hoy quiero confesarme

Hoy que me _____ tiempo

Voy a contarle a todos como soy

Hoy quiero confesar

Que estoy enamorada

Por _____ los rumores de aquella esquina

Que me gusta el perfume de claveles

Y que llevo en el _____ Andalucía

Hoy quiero confesar

Que estoy algo cansada

De llevar esta _____ que pesa tanto

Que perdí en el camino tantas cosas

Que me hicieron a veces tanto daño

Tanto daño, hoy quiero confesar.

Si estoy _____ o triste

Quien lo sabe

Si todo el mundo tiene la razón

Hoy quiero despojarme

Y desnudar el alma
Para que sepan todos como soy.
Soy un poco la sal, y _____ la arena
Primavera despierta en una ventana
Soledad y vacío cuando espero
_____ encendido si el me llama
Hoy quiero confesar que he llorado mil veces
Escuchando las _____ de una guitarra
Que le debo a la vida tantas cosas
Y he _____ bajito alguna nana
Alguna nana, hoy quiero confesar
Hoy quiero confesar
Que estoy enamorada
Por matar los rumores de aquella esquina
Que me gusta el perfume de claveles
Y que llevo en el _____ Andalucía
Llevo en el _____ Andalucía
Hoy quiero confesar
Que estoy algo cansada
De llevar esta _____ que pesa tanto
Que perdí en el camino tantas cosas
Que me hicieron a veces tanto daño
Tanto daño, hoy quiero confesar.

ANEXO 5: Cuestionario de satisfacción

ENCUESTA ANÓNIMA DE SATISFACCIÓN

Siendo 1 la nota más baja y 10 la más alta, responda a las siguientes cuestiones a cerca del plan de intervención en el que ha participado.

1. ¿Cuánto le ha gustado la actividad "Canciones con la palabra..."?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Cuánto le ha gustado la actividad "Rellenar el hueco"?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Cuánto le ha gustado la actividad "Relajación con música"?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cuánto le ha gustado la actividad "Gerontogimnasia al ritmo de la música"?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Cuánto le ha gustado la actividad "Relacionar el autor con la canción"?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cree que el programa de intervención ha tenido una duración correcta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Qué nota le pondría al personal encargado de dirigir las actividades?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Cuánto le han gustado los espacios y salas que se han utilizado?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10