

MOCIÓN DEL GRUPO MUNICIPAL DE CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA AL PLENO ORDINARIO DE 17 DE JULIO DE 2018 RELATIVA A PROMOCIÓN DE LA MUSICOTERAPIA COMO TERAPIA PARA ENFERMEDADES COMO EL ALZHEIMER Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS ASOCIADAS A LA EDAD.

D. Miguel Ángel Lezcano López, portavoz del grupo Municipal Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares, en nombre y representación del mismo, eleva a Pleno de la Corporación para su debate la siguiente

MOCIÓN

Exposición de motivos:

Numerosos estudios demuestran, de manera científica, que la musicoterapia es una terapia de intervención muy valiosa para enfermedades como el Alzheimer. Un estudio realizado recientemente por la asociación Alzheimer León ha puesto de manifiesto como "los enfermos en las fases más avanzadas son los que ofrecen una respuesta emocional más evidente y poderosa ante la música, con un efecto más que beneficioso para su estado de ánimo y bienestar" lo que, junto con terapias de reminiscencia natural, como el uso de fotografías u otros elementos biográficos, ayudan a mejorar el estado de ánimo, su nivel de respuesta, su concentración o la capacidad de fijar la mirada perdida. "Pacientes que no hablan nada y que ya no atienden a estímulos pueden llegar a cantar una canción entera", afirma la responsable de Alzheimer León, para añadir que no es algo esporádico, sino común en pacientes con estadios avanzados.

La capacidad de procesar el sonido, la voz y la música es de las primeras funciones que se desarrolla al nacer y de las últimas que se pierde al morir. Las habilidades musicales como cantar, tatarrear, realizar un ritmo o crear y entonar una melodía, siguen intactas incluso en los casos de grave deterioro. Y la capacidad creativa de un grupo, con la estimulación y apoyo adecuados, es muy enriquecedora para sus miembros.

La musicoterapia no consiste tan solo en escuchar música o hacer que los enfermos bailen, sino que dispone de herramientas como el "historial clínico musical", la musicoterapia activa o la musicoterapia receptiva entre otras. Gracias a estas herramientas los profesionales que trabajan con estos enfermos y sus familiares han podido comprobar como:

- Pacientes con mutismo severo son capaces de cantar sus temas favoritos.
- Entonar melodías y cantar canciones ralentizan claramente la pérdida de memoria y mejoran el lenguaje.
- Los enfermos en fases avanzadas son los que mejor responden a la musicoterapia.
- Los enfermos son capaces incluso de crear nuevas canciones por las cuales puedan expresar la realidad que están viviendo en el presente.

- Al oír la música, rápidamente despiertan del ensimismamiento que les invade en muchos casos, reaccionan, lloran, ríen, se concentran y fijan la mirada perdida. "Es como si volvieran a situarse en el mundo", señala D.J., profesional especialista en tratamiento de enfermos de Alzheimer.

Con la escucha musical se desarrollan respuestas automáticas positivas a dos niveles: el cognitivo y el emocional. Efectos que se producen incluso en personas con amnesia casi total, afasia severa (incapacidad para comunicarse) y sin movilidad.

La mejora de los enfermos es tal que incluso, en algunas ocasiones, se **reducen los tratamientos farmacológicos**, afirma Pepe Olmedo, psicólogo sanitario y músico, es promotor de la inciativa 'Música para despertar', que ha formado a 40 centros y 600 profesionales de toda España en la aplicación de las melodías al bienestar de los enfermos.

Es, por tanto, de gran utilidad disponer de servicios y programas de musicoterapia para la asistencia a personas con Alzheimer. Pero para que se desarrolle de manera adecuada y ofrezca los mejores resultados, es necesario que la misma se lleve a cabo por profesionales de la musicoterapia.

En nuestra ciudad, la asociación AFA Alcalá, creada en 1997, es un recurso creado para y por los familiares de enfermos de Alzheimer, con el fin de apoyarse mutuamente y conseguir una mayor calidad de vida para los enfermos y sus familias, y que desde el año 2003 atiende también a otras enfermedades neurodegenerativas como Parkinson, Cuerpos de Lewy, demencia vascular, etc

Desde el año 2006 la Asociación cuenta con un local cedido por el Ayuntamiento de Alcalá de Henares, situado en la Plaza Juan XXIII 4 y 5, donde disponen con salas adaptadas a los talleres que ofrecen. Es de destacar que en el año 2013 la ciudad de Alcalá es nombrada "Ciudad Solidaria con el Alzheimer", lo que facilita la difusión y sensibilización de dicha enfermedad.

Dentro del programa de atención terapéutica al enfermo, además de los métodos tradicionales, la asociación considera necesario realizar actividades de desde otras disciplinas como es la música, para lo que cuentan con un musicoterapeuta durante unas horas a la semana. El elevado coste de dicha terapia hace que no puedan ofrecer dicho servicio a los enfermos más de un día en semana. Sin embargo, los beneficios que ocasiona (ver proyecto adjunto), los lleva a plantear la necesidad de ofrecerla más días en semana, sobre todo en aquellos casos en los que la enfermedad está más avanzada.

Se adjunta informe – propuesta que la **Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares**, del que nos hacemos eco y queremos trasladar a este pleno.

Por ello el Grupo Municipal Ciudadanos – Partido de la Ciudadanía eleva al Pleno para su debate y aprobación el siguiente

ACUERDO

- 1- Promoción desde el Ayuntamiento y en colaboración con AFA Alcalá y con otras asociaciones que tengan el mismo objeto social, de un programa de musicoterapia para enfermos de Alzheimer
- 2- Solicitar a la Comunidad de Madrid que colabore en el desarrollo de este programa de musicoterapia.
- 3- Difusión entre la sociedad alcalaína y sensibilización hacia la musicoterapia como terapia alternativa de gran eficacia en la atención a estos enfermos, como parte de un proyecto piloto formativo.
- 4- Promoción de la creación de un coro o colaboración con coros de la ciudad para el desarrollo de un proyecto de aprendizaje y servicio.

Alcalá de Henares, a 11 de julio de 2018



Portavoz del Grupo Municipal Ciudadanos
Fdo.: Miguel Ángel Lezcano López



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

Propuesta Musicoterapia AFA Alcalá



C/ Garcilaso de la Vega 4 CP: 28804 – Teléfono: 91 889 71 70
Internet: www.afalcala.org - Correo electrónico: info@afalcala.org
DECLARADA ENTIDAD DE UTILIDAD PÚBLICA



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO AFA ALCALÁ

AFA Alcalá surge en 1997 como un recurso creado para y por los familiares de enfermos de Alzheimer, con el fin de apoyarse mutuamente y conseguir una mayor calidad de vida para el enferm@ y sus familias.

A partir de 2003 y debido a la demanda creciente de los usuarios, la Asociación amplía su colectivo atendiendo también a otras enfermedades neurodegenerativas como Parkinson, Cuerpos de Lewy, demencia vascular, etc.

Desde entonces nuestra Asociación para a llamarse: "Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad".

Durante el año 2006 la Asociación cuenta con un local cedido por el Ayuntamiento de Alcalá de Henares, situado en la Plaza Juan XXIII 4 y 5, donde contamos con salas adaptadas a los talleres que ofrecemos: 1 gimnasio, 1 sala de terapia ocupacional, 1 sala de estimulación cognitiva, 1 sala de logopedia, 1 sala de familias, 1 sala de formación y 5 despachos (psicólog@, trabajador social, administración, presidencia y técnicos). Esto nos permite trabajar de forma simultánea con distintos grupos de familiares y enfermos.

En el año 2013 la ciudad de Alcalá es nombrada "Ciudad Solidaria con el Alzheimer" lo que facilita la difusión y sensibilización de dicha enfermedad.

En el año 2018 debido a la demanda creciente de usuarios y la lucha de más de 5 años por conseguir un espacio mayor donde poder atender a las familias desde el inicio hasta estadíos avanzados de la enfermedad, se nos brinda la posibilidad de tener otro local donde iniciar un proyecto de Centro de Día con objetivo terapéutico y no asistencial.

Así los objetivos que se plantean son:

- Informar y asesorar a familiares y personas interesadas.
- Sensibilizar a la población general
- Realizar acciones formativas para familiares, profesionales y voluntar@s
- Ofrecer información terapéutica a familiares y enferm@s.
- Coordinación con organismos públicos y privados.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

FUNDAMENTACIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas del sistema nervioso central provocan un deterioro progresivo de la persona en todos los ámbitos: físico, psicológico y social, que afecta gravemente al desarrollo de su vida personal, familiar y laboral, impidiendo llevar a cabo de manera autónoma y adecuada las actividades de la vida diaria, generando en la persona una situación de dependencia. El 80% de las enfermedades neurodegenerativas derivan en demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la más numerosa. Así bien, este proyecto va dirigido a esta población, es decir, personas con demencia y/o Parkinson, y sus familias, pertenecientes al antiguo área 3 de salud.

1. Descripción del área de intervención:

El antiguo área 3 de salud se compone de las siguientes poblaciones: Alcalá de Henares, Meco, Villanueva de la Torre, Camarma de Esteruelas, Daganzo de Arriba, Ajalvir, Fresno-Serracines, Torres de la Alameda, Villalbilla, Santorcaz, Anchuelo, Los Santos de la Humosa, Valverde de Alcalá y Corpa con una población total de alrededor de 250.000 habitantes. Alcalá de Henares es la localidad donde se desarrolla el proyecto y es la localidad con mayor número de habitantes en el área 3 de salud (206.818 habitantes), y la que mayor número de servicios sociales y sanitarios ofrece.

Las terapias se aplicarán en el centro situado en Plaza Juan XXIII, el cual cuenta con salas específicas para la aplicación de cada una de las terapias, lo cual permitirá aplicarlas de manera simultánea a lo largo de todo el día.

Perfil descriptivo de la población y nivel de desarrollo cultural, social y económico

En todo nuestro ámbito de actuación se desarrolla una política de intervención social adaptada a los planes Nacionales, Plan gerontológico, a los planes de la Comunidad Autónoma de Madrid, Plan de Atención a las Personas Mayores, y al Plan Concertado y la Ley de Bases de Régimen Local, que asegura una sólida base de recursos sociales en todos los ámbitos de competencia municipal por contar con más de 200.000 habitantes

Así pues, los recursos sociosanitarios de la zona se distribuyen entre:

- Amplia red de servicios sanitarios: centros de salud de atención primaria, SAD sanitario, Atención especializada: Hospital y centro de especialidades.

- Programas y recursos de proximidad:

Servicio de ayuda a domicilio municipal, Teleasistencia domiciliaria municipal, ayuda financiera para la realización de adaptaciones en la vivienda, programas de apoyo al cuidador a través de ingresos en residencia temporales y servicio de estancia diurna (CENTROS DE DÍA).

- Atención especializada: La oferta es de 3 residencias públicas y 6 residencias privadas en Alcalá y unos 8 centros distribuidos por las demás poblaciones



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

En el municipio de Alcalá de Henares, existe así mismo una coordinadora de Trabajadoras Sociales donde AFA Alcalá es miembro activo desde el año 2001.

Dicho órgano se reúne cada dos meses para servir de medio para la transmisión de información y la coordinación entre los diversos servicios sociosanitarios de la zona. Lo que favorece el trabajo interdisciplinar y multidimensional de los casos que se atienden diariamente

Como recursos de coordinación y apoyo a las asociaciones de la Comunidad de Madrid existe la Federación de asociaciones de enfermos de Alzheimer, donde nos reunimos una vez al mes y mantenemos contacto vía e-mail, siendo el objetivo fundamental el de analizar las necesidades de nuestros socios y estimular y promover la creación de recursos y servicios imprescindibles, además de la formación de los técnicos que trabajan en las distintas asociaciones.

Por último las asociaciones de enfermos de Alzheimer y de Parkinson de Madrid, disponemos así mismo de una vía directa de coordinación con el departamento del mayor de la Consejería de SSSS, donde a través de la cual, se ha conseguido colaboración financiera con el ayuntamiento, para desarrollar talleres cuidar al cuidador.

2. Justificación desde el punto de vista del enfermo:

Como se comenta al inicio, el proyecto está destinado a personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad, fundamentalmente Alzheimer y Parkinson. La evolución de estas dos enfermedades es inversa, ya que la demencia supone una afección en primer lugar de las funciones mentales para luego afectar a capacidades físicas y en el Parkinson es a la inversa, las terapias a aplicar son las mismas solo que se aplican en momentos diferentes de la enfermedad, y con la individualidad de cada caso, por lo que consideramos conveniente que los enfermos puedan acceder a todas las terapias en función de la necesidad que presenten y no solo por su diagnóstico. Así mismo, nos encontramos en algunos casos con que enfermos de Parkinson tras unos años de evolución desarrollan demencia.

Características de usuarios:

1.- Personas con demencia

- La mayoría está afectada de Alzheimer, aunque también hay casos de demencias vasculares, frontotemporales, cuerpos de Lewy,... Por eso los datos se estiman en función de esta población.
- Existe un elevado número de enfermos con este tipo de demencia. Según informe del IMSERSO de 2006 la población mayor de 65 años en la comunidad de Madrid es del 14,36, el 10% de éstas cursarían con demencia y el 3 % con Parkinson, esto quiere decir que en nuestro área de intervención, el antiguo Área 3 de salud de la



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

Comunidad existen entre 3000 – 4000 casos. Esto implica una necesidad urgente de ampliación y difusión para llegar a un porcentaje más elevado de población afectada, pudiendo ayudar a un mayor número de enfermos y familiares.

- Presentan deterioro cognitivo desde el inicio de la enfermedad con ausencia de problemas físicos directamente derivados de ésta. De esta sintomatología se derivan dos consecuencias: por una parte que el deterioro cognitivo provoca que los enfermos sean conscientes de sus pérdidas durante los primeros años de su aparición, lo cual, genera sentimientos de inutilidad y baja autoestima; por otro lado, conservan una relativa autonomía física que se prolonga años después del diagnóstico de la enfermedad, pero que en la fase moderada y severa empieza a empeorar.
- La edad media de aparición de la enfermedad está en los 65 años, existiendo cada vez más casos de aparición temprana de la enfermedad. Actualmente CEFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer) estima que un 10% de los enfermos afectados tienen menos de 65 años.
- Las relaciones sociales que mantienen son bastante escasas. Por un lado, debido a la pérdida evolutiva relacionada con muerte de familiares y amigos y reducción de ámbitos sociales como el trabajo, por otro lado, presentan dificultad para relacionarse con los otros, debido al deterioro del lenguaje principalmente. La inseguridad que les provoca esta situación, hace que el enfermo se aisle y que aparezcan alteraciones en el estado de ánimo, como la depresión. A esto añadir, que en los casos de demencia presenil, los enfermos, deben abandonar el trabajo y esto supone un esfuerzo de adaptación enorme tanto a nivel económico como social que va a reforzar la alteración en el estado de ánimo provocada por la enfermedad.

2.- Los enfermos de Parkinson presentan las siguientes características:

- Existe una menor proporción de estos enfermos, en relación a la enfermedad de Alzheimer, en el Área 3 de salud. No presentan deterioro cognitivo hasta al menos 8 años desde el inicio de la enfermedad, mientras que el deterioro físico es el síntoma principal y más incapacitante. Los principales síntomas son: entrecimiento motor, temblores, rigidez muscular y alteración postural, lo cual provoca que estén constantemente inclinados hacia delante, además de presentar problemas en el lenguaje: tono, fluencia verbal, pronunciación y ritmo del habla, debido sobretodo a las limitaciones motoras. Esto tiene dos consecuencias: la primera, que son conscientes de su deterioro durante casi toda la evolución de la enfermedad; y la segunda, que el grado de incapacidad funcional es mucho mayor desde el inicio de la misma.
- La edad de inicio de la enfermedad es de 55-60 años, y entre un 5-10% son diagnosticados antes de los 40 años, lo cual supone estar en pleno periodo productivo a nivel laboral, familiar,... Esto desencadena consecuencias sociales, económicas y personales mucho más graves. Deben abandonar el trabajo, son incapaces de asumir el cuidado de los hijos,... lo cual provoca estados de depresión y ansiedad severos.
- Igualmente, el área social se ve afectado debido las alteraciones en el lenguaje y a que no pueden realizar las actividades que antes si podían, lo cual hace que pierdan sus relaciones anteriores.



Aunque con perfiles diferentes las necesidades que presenta este colectivo se resumen en:

- 1.- Recibir intervención terapéutica para mantener la autonomía del enfermo mediante la estimulación de las áreas afectadas: cognitiva, sensomotriz, física y comunicativa y emocional.
- 2.- Realizar actividades gratificantes que favorezcan un estado de ánimo óptimo en el enfermo y permitan la interacción con otras personas.
- 3.- Contar con servicios subvencionados a los que pueda acceder al contar con cargas familiares en muchos de los casos.
- 4.- Contar con un grupo de referencia que le permita darse cuenta de la importancia de acudir a las terapias para mantener sus capacidades, y en el que pueda establecer nuevas relaciones de apoyo que son fundamentales para la mejora de su estado de ánimo.

3. Justificación desde el punto de vista de la familia:

El 90% de los casos asumen directamente el cuidado de su familiar, tanto por causas de deseo personal, como por causas económicas. Generalmente nos estamos encontrando con cuidadores de edad muy avanzada, con escaso nivel cultural y por supuesto nula formación técnica, tanto desde el punto de vista sanitario, como desde el punto de vista psicológico en el cuidado diario de estos enfermos, lo que provoca un deterioro inmediato de la salud del cuidador. Por ello, nuestro objetivo principal junto con la atención terapéutica integral al enfermo es favorecer y promover, que las familias sigan llevando a cabo su labor, adquiriendo unas pautas técnicas y funcionales, con las que dar mejor atención a su familiar y a su vez, proteger su propio estado de salud.

En AFA Alcalá tras 12 años de trabajo con enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad, encontramos 3 perfiles de situaciones familiares:

1. Enfermo mayor de 65 años:

- Cuidador principal marido: Suelen ser cuidadores mayores, jubilados con falta de estrategias para llevar la organización de la casa, con falta de información sobre los aspectos de cuidado y que suelen pedir ayuda a las **hijas o nueras**. Esto supone, para la familia que se hace cargo de la enferma, una inclusión de 2 nuevos miembros en la familia nuclear. La hija o nuera suelen combinar sus tareas domésticas del domicilio (organización de la casa, niños...) con trabajo fuera de casa sumado al nuevo cuidado de sus padres, llevando a la cuidadora a un alto nivel de sobrecarga, donde le es imposible hacer frente a la situación. Ello supone, un abandono en sus actividades de ocio, aislamiento social, sensación de soledad, irritabilidad... que desajusta el equilibrio del sistema y provoca problemas en los sistemas conyugal y filial causando desorganización en todos y cada uno de los miembros de la familia.



- Cuidador principal mujer: Suelen ser cuidadoras mayores, con maridos jubilados, con una fuerte presión moral de cuidar por deber, y que en la actualidad deben combinar la organización de la casa, el cuidado del mayor dependiente y el cuidado de los nietos que pese a la gran carga que supone, no quieren desprenderse de ello. Estas cuidadoras suelen tener problemas relacionados con la edad lo que supone una menor resistencia.

2. Enfermo menor de 65 años:

- Cuidadores activos laboralmente que deben abandonar su vida laboral para dedicarse a la atención continua del enfermo. Hijos jóvenes con edades comprendidas entre los 18-34 años con proyectos de futuro (estudios, independizarse...) que ven su ritmo truncado, por la necesidad de dedicar parte de su tiempo al cuidado de su familiar. En estas familias aparece una fuerte crisis en todos los niveles, anulación de proyectos comunes en la jubilación que rompen el sistema conyugal, aplazamiento de proyectos en el sistema filial, aislamiento social, de todos los miembros de la familia....

A nivel general se aprecia un cambio de roles que desequilibran la estructura familiar. El enfermo pasa a ser el protegido, el niño al que hay que cuidar y los hijos y cónyuges los padres del enfermo. Por otro lado, vivimos la incompreensión y abandono que sienten los "nietos" que hasta ahora acaparaban atención y eran cuidados por quienes ahora necesitan ser cuidados. La falta de entendimiento de lo que le pasa al "abuel@" desencadena en ellos múltiples síntomas como problemas en el aprendizaje, rebeldía, irritabilidad con otros niños o contra los miembros de la familia que antes le daban atención.

Hay también una proporción pequeña de la población en el que no se identifica un cuidador principal sino que todos los hijos se turnan en la planificación de cuidado, esto conlleva conflictos familiares por no llegar a acuerdos.

Estas situaciones familiares, provoca la aparición de necesidades hasta ahora no contempladas, como la necesidad de contratar un auxiliar de ayuda a domicilio, que se encargue de tareas de cuidado al enfermo. De esta manera, la familia, y más especialmente el cuidador principal, dispondrían de un mayor tiempo para la realización de sus actividades diarias. El gasto que supone mantener un cuidador en el domicilio, puede alcanzar los 60 euros diarios. Esto supone para la familia un problema económico importante. Ya que la realidad socioeconómica es que un tanto por ciento bastante elevado se encuentran en un nivel medio-bajo, con lo que existe una clara desproporción entre los gastos y los ingresos

Por último debemos destacar, que desde el ámbito autonómico, es una de las medidas prioritarias que se reflejan en el Plan de mayores de la CAM, dentro de su 2ª estrategia referida a la "Atención especializada", en su punto nº5 pg 120-1, donde se expone la intención de desarrollar " un subprograma dentro del programa de



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

psicogeriatría: de apoyo, orientación y formación a las familias" y dentro de la estrategia 1ª referida al "Mantenimiento en el entorno familiar y comunitario", en su punto nº3 pg 104, donde se expone la intención de " Dar formación a los cuidadores familiares que les dote de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para comprender las necesidades específicas de los mayores y la forma más adecuada y funcional de atenderlos". Siendo uno de los marcos de aplicación, que refleja dicho punto, las asociaciones (pg 105).

Consideramos que el poder ofrecer un programa de intervención a las familias beneficia en los siguientes aspectos:

- Permite la permanencia del enfermo en su entorno sociofamiliar.
- Ofrece un apoyo al familiar disminuyendo la sobrecarga que supone el cuidado diario del enfermo.
- Proporciona un respaldo al enorme gasto económico que deben asumir las familias de estos enfermos en el caso de acudir a servicios privados.
- La atención que le reporta el auxiliar a domicilio va a ser de mayor calidad debido a su formación especializada en el tema, sin desestimar el cuidado y apoyo que le reporta el familiar, que es totalmente respetable y digno de mención en la mayoría de los casos.
- Ofrece la posibilidad de recibir asistencia terapéutica en los domicilios, de mano de un especialista, a través de tablas de gimnasia pasiva, ejercicios para la modificación de posturas y ejercicios de terapia ocupacional y sensoriomotrices, así como la adaptación de la vivienda. Con los que aportar mayor calidad de vida, a los enferm@s que por la evolución de la enfermedad no puedan asistir a otras instituciones donde se ofrecen este tipo de servicios.
- Por último se trata de uno de los servicios de mayor interés político en materia de servicios socio-comunitarios a la comunidad. Concretamente se cita en el Plan de Mayores de la CAM dentro de la estrategia nº 1 del punto 1 (Ayuda a domicilio) (pg 100-101).

Finalmente, teniendo en cuenta el perfil descrito arriba de situaciones familiares, podemos observar que la gran mayoría desarrollan síntomas de sobrecarga, cuadros de trastornos ansioso-depresivos que generan en las familias situaciones de difícil manejo, unidos a problemas de salud. Por ello vemos importantísimo, mientras se trabaja con los enfermos, ofrecer a los cuidadores terapias alternativas, con las que experimenten e interioricen fórmulas o habilidades, con las que reducir el nivel de estrés que van acumulando desde que se inicia la enfermedad.

Por todo ello, desde la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad se ha creado un proyecto destinado cubrir las necesidades argumentadas.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

Para ello, hemos dividido el proyecto en 3 programas que serán explicadas a continuación:

- Programa de difusión: Cuyo objetivo general es Desarrollar un plan de difusión destinado a informar, formar, sensibilizar y concienciar sobre las enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad , tanto a los agentes socio-sanitarios como a la población del área 3 de salud de la Comunidad de Madrid.
- Programa de familia: Cuyo objetivo general es ofrecer apoyo in-formativo, orientativo, terapéutico y asistencial a todas aquellas familias que lo necesitan por ser cuidadores de un enfermo de Alzheimer, Parkinson u otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad.
- Programa de enfermo: Cuyo objetivo general es ofrecer intervención terapéutica a enfermos con demencia y/o Parkinson combinando diferentes terapias y métodos para cubrir la complejidad de necesidades que presentan, para ralentizar el avance de la enfermedad y así mejorar o mantener su calidad de vida.

Además para la correcta ejecución de los programas anteriores y de forma trasversal a ellos, realizamos un cuarto programa:

- Programa de voluntariado: Cuyo objetivo es potenciar y desarrollar un voluntariado de calidad en la asociación que ayude a posibilitar la consecución de los objetivos generales de nuestra entidad.

Dentro del programa de atención terapéutica al enfermo, además de los métodos tradicionales, vemos la necesidad de realizar estimulación desde otras disciplinas como es **la música**. Es por ello, por lo que contamos con un musicoterapeuta unas horas a la semana. El elevado coste de dicha terapia hace que no podamos ofrecer dicho servicio a nuestras familias más de un día en semana. Sin embargo, los beneficios que ocasiona (ver proyecto a continuación) nos hace plantearnos la necesidad de ofrecerla más días en semana, sobre todo en aquellos casos en los que la enfermedad está más avanzada. El nuevo proyecto de Centro de Día lleva intrínseco la necesidad de utilizar la música como terapia.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares.

INTRODUCCIÓN A LA MUSICOTERAPIA APLICADA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Joselina Díaz Rojas



INDICE

1-Definición de musicoterapia.....	pág. 3
2- Principios de la Musicoterapia.....	pág. 5
3- Efectos de la música en el ser humano.....	pág. 6
4- Cualidades terapéuticas de la música.....	pág. 9
5- Principales orientaciones metodológicas.....	pág. 10
6- Técnicas de intervención.....	pág. 11
7- Utilización y selección de la música.....	pág. 13
8- Musicoterapia aplicada en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.....	pág. 15
9 -Objetivos de la musicoterapia en Alzheimer.....	pág.16
10- ¿Por qué utilizar musicoterapia en la E. A. y otras demencias?.....	pág. 17
11-Diseño de una sesión para personas con enfermedad de Alzheimer.....	pág. 18
12-Modalidades de tratamiento: Individual y grupal.....	pág. 21
13- Estadios del tratamiento con musicoterapia en la E. A. y otras demencias.....	pág. 23
14- Algunas recomendaciones.....	pág. 25
15-Conclusiones.....	pág. 26
16- Bibliografía.....	pág. 27



1. DEFINICIÓN DE MUSICOTERAPIA

Existen muchas definiciones de musicoterapia. Cada una de ellas no es una mera descripción teórica de lo que la disciplina implica, sino que también expresa una creencia subjetiva y "actitudinal" de quien la define. Por esta razón, comenzaremos refiriéndonos a la definición de Kenneth Bruscia:

La musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al paciente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas del cambio.

Y como resultado de mi experiencia y visión del tema, matizaría:

Musicoterapia es el uso de la música (y cada uno de los elementos que la componen) como medio terapéutico, por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo de pacientes en un proceso que facilita y promueve la comunicación, la relación con otros, el aprendizaje, la motricidad, la expresión, la organización y otros relevantes objetivos, con el fin de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia intenta desarrollar y/o restaurar las funciones potenciales del individuo para que él o ella puedan lograr una mejor integración intra e interpersonal y, por consiguiente, mejorar su calidad de vida gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación.

Las definiciones varían en función del colectivo con el que se trabaja, del encuadre clínico y de la orientación del tratamiento (Bruscia, 1997).

La definición más empleada de musicoterapia es la que propone la WFMT (Federación Mundial de Musicoterapia), en 1996, y que define esta disciplina como:

"El uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

La Musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”.

Posteriormente, la WFMT la actualizó, en 2011:

“La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, emocional, comunicativo, salud intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la musicoterapia se basan en los estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”. Fuente:

WFMT de 2011.

Otra definición de musicoterapia es la que propone más adelante, Kenneth Bruscia: *“La musicoterapia es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica del cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta.”*

Cuando se refiere al bienestar del paciente, se dirige hacia una gran variedad de problemas o necesidades que pueden ser: mentales, físicas y/o sociales. En este proceso está contemplado el paciente (o grupo de pacientes), el musicoterapeuta y todo un conjunto de experiencias musicales, que van desde la improvisación musical, ejecución, composición, verbalización, escucha musical, etc.

En esta definición se da especial énfasis a la utilización de un modelo de musicoterapia basado en la libre improvisación y a la música tocada en directo.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

16. PRINCIPIOS DE LA MUSICOTERAPIA

Gastón Thayer enuncia como los *"Principios de la Musicoterapia"*:

16. El establecimiento o restablecimiento de las relaciones interpersonales.

La música tiene la propiedad para establecer relaciones entre los pacientes. Esto se debe a que la expresión musical se basa en un código no verbal de expresión de emociones y sentimientos, no requiriendo un complejo conjunto de signos para entenderse.

Además, al sentirse útil en la dinámica de grupo, el paciente aprende a valorar lo que sus compañeros hacen y a ser valorado por lo que él realiza.

16. El logro de la autoestima mediante la autorrealización.

Entendemos por autoestima la satisfacción por el logro conseguido. Que el paciente sienta satisfacción de lo que consigue es la meta de la Musicoterapia.

16. El empleo del poder singular del ritmo para dotar de energía y organización.

El ritmo es orden, ya que ordena los sonidos en el tiempo, vivenciando espontáneamente y con ejercicios instrumentales y corporales podemos conseguir que ese orden sea parte de la vida del paciente.



3.- EFECTOS DE LA MÚSICA EN EL SER HUMANO

El estudio del comportamiento musical ha de observar, desde sus inicios, que el individuo entraña una dimensión biológica, otra psico-emocional y su inserción en un entorno o medio social. Por lo tanto, ha de considerar la influencia que representa la música en su totalidad para el cuerpo, la mente y el espíritu y cómo se relaciona este individuo con la naturaleza y el medio social.

La música es una sucesión de señales acústicas (ondas vibratorias) que nuestros oídos recogen y envían al cerebro, donde se decodifican y adquieren un significado. Estas ondas pueden ser de diferente naturaleza: agradables, excitantes, tranquilizadoras, etc., siendo el mensaje transmitido más o menos significativo para cada persona.

La música tiene la capacidad de cambiar nuestro estado anímico, activando cada una de las estructuras emocionales en el cerebro, esto significa que **es capaz de evocar el núcleo mismo de las estructuras cerebrales responsables y creadoras de nuestro universo emocional**. Esto es muy importante para las terapias, donde podremos aplicar la música para ayudar a aquellos pacientes que padecen trastornos de sus estructuras cerebrales relacionados con las emociones, como en la depresión, trastornos provocados por un estrés post-traumático, los trastornos por ansiedad, en individuos que han padecido traumas por abusos u otras causas, demencias con pérdida progresiva de la memoria y en diversos síndromes en donde la capacidad de comunicación verbal esté afectada, por lo que tenemos un amplio horizonte a la hora de aplicar de forma más sistemática y generalizada la música como terapia.

Por último, es importante resaltar que la música llega mucho más lejos que las palabras por es un código puro que se conecta directamente con lo que sentimos sin que sea necesaria la mediación de lo intelectual.

Es así como la música puede ser una herramienta fundamental de empatía terapéutica, ya que es capaz de evocar en el otro, sensaciones o emociones, creando un vínculo relacional entre el terapeuta y el paciente. Con la música podemos comunicar (dar y recibir) una información que no será distorsionada por las palabras.

Efectos fisiológicos

Los aspectos fisiológicos tienen que ver con la percepción del sonido. El cuerpo humano vibra y como tal es receptor y emisor de música (que no es más que ondas sonoras vibrando a determinada frecuencia).



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

Entre sus efectos beneficiosos podemos mencionar:

Mejora la coordinación y el movimiento

Modifica el ritmo cardíaco, respiratorio, la presión sanguínea y las ondas cerebrales

Puede inhibir la síntesis de proteínas y modificar las células de ADN

Activa el hemisferio derecho del cerebro y estimula el trabajo conjunto de los dos hemisferios, estimulando positivamente áreas del cerebro dañadas

Ayuda en la regeneración de los tejidos

Altera niveles de la percepción del dolor

Provoca cambios en el tono muscular, la temperatura corporal, en el metabolismo (alterando el nivel de glucosa y la secreción hormonal), en la dilatación de las pupilas y en el sistema límbico.

Relaja o tonifica los músculos (según la utilización de diferentes parámetros musicales)

Estimula la actividad inmunitaria

Disminuye la fatiga y el estrés

Efectos psicológicos

Estos efectos se relacionan con la interpretación del sonido (elaborada en el cerebro).

A nivel psicológico, la música:

Favorece los procesos de comunicación.

Desarrolla la capacidad de expresión.

Favorece la emergencia de sonidos de contenidos del subconsciente a la conciencia.

Favorece a integración y la cohesión social.

Refuerza la autoestima.

Provoca emociones.

Estimula los procesos de catarsis.

Disminuye el sentimiento de soledad.

C/ Garcilaso de la Vega 4 CP: 28804 – Teléfono: 91 889 71 70
Internet: www.afalcala.org - Correo electrónico: info@afalcala.org
DECLARADA ENTIDAD DE UTILIDAD PÚBLICA



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

- Altera las dimensiones espacial y temporal.
- Sirve de elemento proyectivo de personalidad.
- Tiene poder evocador, favoreciendo la imaginación y la visualización.
- Estimula la atención, la memoria, el aprendizaje e la capacidad de observación.
- Es fuente de placer estético
- Cubre necesidades de autorrealización y de equilibrio personal
- Estimula y desarrolla la creatividad
- Ayuda en los procesos de duelo.
- Aporta seguridad y contención.
- Provoca sinestesia (actuación de las diferentes áreas sensoriales).



4.- CUALIDADES TERAPÉUTICAS DE LA MÚSICA

Para realizar una pequeña reseña sobre las diferentes cualidades que nos ofrece la música para trabajar de manera terapéutica, utilizaremos el cuadro que nos propone M^a. Soledad Rodrigo¹:

Nivel fisiológico

- Acelera/retarda las funciones orgánicas
- Actúa sobre el sistema nervioso central y periférico
- Desarrolla la capacidad auditiva

Nivel social

- Favorece la comunicación y la autoexpresión
- Es un agente socializante
- Es un lenguaje universal

Nivel intelectual

- Desarrolla la capacidad de atención, la memoria, la inteligencia, el aprendizaje, la imaginación y la capacidad creadora.
- Desarrolla el autodomínio corporal, el sentido del orden y el análisis.
- Desarrolla la capacidad artística, el gusto y el goce estético
- Favorece la reflexión y el pensamiento.

Nivel psicológico

- Evoca, provoca y desarrolla sentimientos.
- Favorece la liberación emocional.



Nivel espiritual

- Contacta con lo más trascendental de la persona

16. PRINCIPALES ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

En musicoterapia se parte de líneas o corrientes de intervención muy diferentes que se centran en la fundamentación teórica y en la aplicación metodológica que avalan los modelos de los que surgen. El distinto origen de la formación académica de cada uno de ellos, su manera de hacer e investigar, persiguen objetivos muy similares y complementarios, pero sus planteamientos teóricos, esencialmente prácticos, siguen paradigmas diferentes.

Actualmente es posible trabajar con modelos musicoterapéuticos basados principalmente en tres líneas diferenciadas: conductista, analítico-psicoanalista y humanista transpersonal.

La intervención musicoterapéutica con cualquiera de estos modelos requiere de una formación específica importante. Como ejemplo podemos mencionar: el Modelo Benenzon, Modelo GIM (Imaginación Guiada con Música), modelo Priestley, Modelo Nordoff-Robbins, Bruscia, Plurimodal, etc.

En todos los modelos podemos observar la existencia de:

- Una primera fase de EXPLORACIÓN, en la que se realiza una evaluación del sujeto con quien vamos a trabajar a través de diversos medios como: recogida de datos del informe clínico, observación en las primeras sesiones, entrevista inicial con el paciente y/o con los familiares.
- Una segunda fase de APLICACIÓN METODOLÓGICA en la que se realizan las primeras hipótesis de trabajo y a partir de éstas se irá configurando y desarrollando un plan de intervención.
- Una tercera fase de EVALUACIÓN en la que obtenemos unas conclusiones que nos permitan mejorar la calidad de la intervención y REFORZAMIENTO CONTINUO de los recursos utilizados a

¹ Terapia de la comunicación y sonido" M^a Soledad Rodrigo (p. 30) Ed. Musicalis



fin de poder aplicarlos en distintos casos, permitiéndonos elaborar un cuerpo teórico-práctico de trabajo.

6.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas de intervención son las actividades que se realizan dentro de un modelo específico y estarán divididas en técnicas activas y pasivas.

1. Técnicas activas/creativas.

Aquellas en las que se necesita del paciente una actuación personal y creativa más activa – *interactiva* (Wigram, 1997). Se produce mediante una interacción bien con los participantes del grupo y/o con el musicoterapeuta (al cantar una canción, tocar un instrumento musical, bailar al ritmo de la música, en la creación musical, etc.)

2. Técnicas pasivas/auditivas.

Aquellas que requieren de un nivel de receptividad alto, pero un nivel de participación menos activa desde el movimiento o la actividad musical propiamente dicha (como en el caso de la audición musical)

En la práctica se puede hacer una combinación de ambos tipos de técnica, utilizando actividades que se adapten a las necesidades del paciente según el momento y la situación durante la sesión.

Entre de las técnicas más utilizadas se encuentran:

- La **IMPROVISACIÓN**: permite al musicoterapeuta crear una música para cada situación que se le presenta, combinando elementos de la identidad sonora del paciente, recogiendo información emergente (estado emocional, movimientos corporales, estereotipias, ritmos de andar, ritmo respiratorio, ritmo cardiaco, melodías o sonidos vocales, etc.) Todas las producciones sonoro musicales del sujeto se elaboran in situ logrando establecer un canal de comunicación que tiene un sentido y belleza que nace de la relación entre el musicoterapeuta y el o los pacientes que participan.
- La **AUDICIÓN**: la música grabada puede tener diversas aplicaciones:



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

- Crear un clima determinado (tensión, relajación, etc.)
 - Aprovechar la capacidad evocadora de la música para revivir sentimientos pasados.
 - Trabajar la imaginación y la fantasía y plasmarla a través del movimiento, la pintura, el dibujo, modelado, etc.
 - Utilizar piezas seleccionadas para llevar al paciente a un estado de conciencia alterada en la que podrá, a través de imágenes que sugiere la música, conectarse con su inconsciente y encontrar claves para su desarrollo personal (esto sólo se puede realizar con un determinado tipo de paciente)
- La GRABACIÓN: favorece la autoestima, el reconocimiento de uno mismo con su producción sonora y el de los demás, la ubicación espacial y otros elementos presentes en la dinámica grupal.
 - La SONORIZACIÓN DE SITUACIONES: a través de la música se intenta representar situaciones de la vida cotidiana.
 - La RELAJACIÓN GUIADA: se induce a la persona a un estado de relajación de manera progresiva con un fondo musical.
 - La EXPRESIÓN CORPORAL LIBRE: se da la posibilidad al paciente de moverse con piezas musicales de distintos estilos utilizando su cuerpo y el espacio de acuerdo a su necesidad.
 - El BAILAR AL RITMO DE LA MÚSICA: exige al paciente una atención para ajustar sus movimientos a un tempo determinado, a veces se puede hacer de manera pautada (como al seguir una coreografía) y otras veces de manera aleatoria o diferenciando distintas partes del cuerpo.

En lo que respecta al desarrollo de actividades en las sesiones de musicoterapia, es importante tener en cuenta:

-Las características del paciente con que se va a trabajar (patología, síntomas, etc.)

C/ Garcilaso de la Vega 4 CP: 28804 – Teléfono: 91 889 71 70
Internet: www.afalcala.org - Correo electrónico: info@afalcala.org
DECLARADA ENTIDAD DE UTILIDAD PÚBLICA



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

- Los instrumentos o materiales que se van a emplear para poner en marcha la actividad.
- Decidir si habrá necesidad de música grabada o no.
- Hacer una adaptación de los instrumentos musicales si las características físicas del paciente así lo requieren.
- La actividad debe de contar con momentos estructurados y momentos de libertad de expresión por parte del paciente.

7. UTILIZACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MÚSICA

En cuanto a la utilización de la música, se puede hablar de:

Música grabada – Empleo de música previamente elaborada, través de un reproductor musical.

Música adaptada – Utilización de música ya creada, pero tocada en directo y adaptada de acuerdo con los objetivos pretendidos y en base al conocimiento de los parámetros musicales (tocar una canción/pieza musical conocida, variando el tempo, la tonalidad, el ritmo, armonía, melodía, la letra de la canción, etc.)

Música improvisada – La música utilizada en sesión es creada y compuesta en el momento. Este es el tipo de música especialmente empleada en modelos de musicoterapia de improvisación.

La selección de la música

Los musicoterapeutas son profesionales especialistas en el uso de la música, el sonido, el silencio y el movimiento con fines terapéuticos.

Será él/ella quien decida el nivel de aplicación que quiere dar a esa herramienta, el plano o planos de presentación y las formas de intervención, teniendo presentes las características del individuo o grupo.

Siempre va a ser demasiado arriesgado pronunciarse por un tipo determinado de música, ya que, inevitablemente, hay una serie de variables condicionantes que pueden sesgar nuestra orientación: la propia formación, nuestras experiencias profesionales, los gustos personales, etc. Debemos limitarnos a decir: en tal situación la aplicación de esta música en concreto nos dio



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

resultados positivos en la consecución del objetivo propuesto. Generalizar siempre es cuestionable cuando se trata de preferencias en el campo de la expresión artística.

Además, es fundamental conocer las preferencias personales de cada persona, su entorno musical, en definitiva, su historia musical: una misma pieza puede relajar y llevar a un sujeto a un estado de plenitud, mientras que a otro la puede asociar a un momento triste o traumático o bien, le pueda resultar del todo indiferente.

También es importante considerar que así como hay composiciones musicales que aglutinan y amalgaman la estructura de un grupo, hay otras que individualizan y aíslan. Debemos tener en cuenta además, que el gusto individual es más flexible que el colectivo, el cual suele permanecer relativamente estable o, lo que es lo mismo, más resistente al cambio.

Algunos Ejemplos de Actividades

Cantar canciones – Se pueden instrumentar, adaptar las letras, imitar los sonidos de los instrumentos con el cuerpo, dramatizar la música, inventar canciones.

Exploración sonora e improvisaciones musicales – Sonidos cotidianos, la voz, el cuerpo, instrumentos musicales.

Danza – Movimiento libre, coreografías, pasos sencillos baile.

Audiciones musicales – Escuchar canciones y obras de música, representar dibujo, historia o modelado, viajes sonoros.

Creación de instrumentos – Después pueden ser utilizados para las sesiones.



8.-MUSICOTERAPIA APLICADA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

Las necesidades psicosociales y asistenciales en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias han derivado en una demanda de los profesionales de otros tratamientos no farmacológicos que puedan ser coadyuvantes para tratar los déficits cognitivos y conductuales en las personas afectadas por estas enfermedades, además de ofrecerles una mejora en su calidad de vida.

Desde principios de los años ochenta la Musicoterapia se ha ido posicionando dentro de los tratamientos recomendados para ayudar a las personas que padecen demencias para mantener sus capacidades preservadas por más tiempo.

Numerosos estudios avalan sus efectos positivos para paliar síntomas propios de la demencia tales como el deterioro de las habilidades cognitivas, socioemocionales y los problemas conductuales.

Esto se debe a que las habilidades musicales, preservadas en muchas personas con E.A. y otras demencias relacionadas, se procesan en partes del cerebro que no se relacionan con los mecanismos del lenguaje. Además, puede que estas áreas cerebrales sean las que se deterioran más tardíamente en el curso de la enfermedad, al menos para un número importante de enfermos. Debido a que la música se apoya más en los aspectos prosódicos (musicales) del lenguaje y menos en los semánticos, puede ofrecer otros recursos para acceder a recuerdos e información almacenada que a la vez controla ciertos comportamientos.



9 -OBJETIVOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Área física-motriz

- Estimular las funciones cerebrales relacionadas con la actividad psicomotriz.
- Inducir al movimiento y la expresión corporal.
- Mejorar la cadencia de la marcha para prevenir caídas en personas en fases avanzadas de demencia (estimulación auditiva rítmica)

Área Cognitiva:

- Estimular la memoria episódica y autobiográfica
- Potenciar el funcionamiento cognitivo general.
- Aprender y recordar palabras nuevas.
- Reconocer las caras.
- Mejorar el contenido y fluencia del lenguaje

Área Socioemocional:

- Potenciar la interacción, socialización y comunicación.
- Potenciar un estado anímico positivo y/o disminuir síntomas depresivos.
- Disminuir la apatía y potenciar la participación activa de aquellas personas en fases más avanzadas de demencia.
- Potenciar conductas sociales (sonrisas, contacto ocular, contacto físico) y/o sociabilidad (contacto ocular, expresión facial, comunicación, expresividad)
- Ayudar en la adaptación a una nueva situación, como es el ingreso a una residencia.

Área conductual:

- Disminuir la agitación
- Disminuir el tiempo de deambulación



- Disminuir las interrupciones verbales
- Calmar a aquellos pacientes que presentan agitación en el momento del baño.
- Ofrecer un efecto calmante en las comidas.

10. ¿POR QUÉ UTILIZAR MUSICOTERAPIA EN LA E. A. Y OTRAS DEMENCIAS?

Porque:

- 1.- Las personas afectadas por demencia suelen continuar participando en actividades musicales estructuradas incluso en las fases más avanzadas de su enfermedad, sobre todo cuando estas experiencias musicales implican la realización de música en vivo.
- 2.- A pesar de la dificultad de atención/concentración que presentan estas personas en la realización de diversas tareas, se ha observado que pueden participar en actividades musicales de entre 30 minutos y una hora de duración, variando según sea su deterioro.
- 3.- Pese a las dificultades manifestadas en la memoria reciente/inmediata y otras funciones cognitivas como el lenguaje, las personas con demencia mantienen la capacidad de cantar hasta fases avanzadas de la enfermedad. Y las que están en fases leves y moderadas son capaces de aprender material nuevo presentado en un contexto musical; la música se usa como un apunte auditivo.
- 4.- Las técnicas de tocar instrumentos musicales y las de danza/movimiento son el tipo de actividad preferida de la mayoría de las personas con demencia, participan más, incluso en las fases más avanzadas de la enfermedad.
- 5.- La música parece tener un poder calmante en personas con demencia que muestran signos de agitación.
- 6.- Bajo un encuadre terapéutico, con el apoyo de un musicoterapeuta especializado, la música permite incidir y trabajar en distintas áreas de capacidad (físico-motrices, cognitivas, socioemocionales y conductuales), así como en los objetivos de intervención correspondientes.

Al respecto, el reconocido neurólogo británico Oliver Sacks señala que:

“La percepción de la música y las emociones que suscita no dependen exclusivamente de la memoria, y la música no tiene por qué ser conocida para ejercer su poder emocional. ... sigue existiendo un yo al que se puede apelar, aun cuando sea la música, y solo la música, la que consiga llegar a él... se diría que la respuesta emocional a la música está muy extendida, y probablemente no es solo cortical, sino subcortical, de manera que incluso en una enfermedad cortical difusa como el Alzheimer, la música aún puede percibirse, disfrutarse y provocar una respuesta”.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

En los últimos años se ha descubierto que la mayoría de las demencias poseen un origen mixto es decir, existe a la vez un componente degenerativo y un componente vascular. Los tipos puros de demencia (sólo enfermedad de Alzheimer o exclusivamente demencia vascular) son casi inexistentes. En la mayoría de los pacientes las lesiones de Alzheimer aparecen mezcladas con factores de riesgo vascular (diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión.) y con lesiones vasculares en el cerebro.

Los pacientes con demencias mixtas o vasculares tienen amplia afectación de los sistemas de neurotransmisión colinérgicos, (es decir los encargados de transmitir la acetilcolina). "Es por ello que el tratamiento con Musicoterapia es muy indicado para estas personas ya que parece que la música estimula con su ritmo la secreción de dopamina así como la de la serotonina." (John Ratey 2002 *El cerebro, manual de instrucciones* Ed. Arena Abierta.)

11.-DISEÑO DE UNA SESIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

1. Establecer objetivos:

Como señalamos antes, los objetivos que se trabajan en las sesiones de musicoterapia pueden ser muy diversos. La situación de cada persona (edad evolutiva, patología, discapacidad, situación social, etc.) determinará cuáles deben de ser éstos, aunque también la institución puede influir en esas decisiones.

2) Secuenciación de actividades:

Para graficar una sesión de musicoterapia tipo, para pacientes con enfermedad de Alzheimer, tomaremos el ejemplo presentado por el Musicoterapeuta Luis Alberto Mateos:

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

FASES DE LA SESIÓN DE MUSICOTERAPIA	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	OBJETIVOS DE DESARROLLO	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Caldeamiento (exteriorización)	Bienvenida verbal, canción de bienvenida. Observación y escucha.	- Adaptación	- Señales de adaptación: Quedarse en silencio, buscar al musicoterapeuta.
Motivación para la sesión (interiorización)	"He traído algunas canciones de Concha Piquer. No las conozco ¿me ayudan a aprenderlas?"	- Escuchar - Concentrarse - Comprender y aceptar la tarea	- Están en silencio. - Atienden al terapeuta. - Todos comprenden la propuesta.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

			- Aceptan la propuesta.
Activación corporal consciente (exteriorización)	<ul style="list-style-type: none"> - Bailamos solos y nos detenemos cuando haya pausas. - Nos desplazamos a la velocidad de la música. - Dibujamos la música con nuestro cuerpo. - Bailamos en grupo y/o por parejas al ritmo de la música. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicio físico - Estimular la escucha mantenida - Entrenar el freno inhibitorio del movimiento y control de la fuerza de este. - Tomar conciencia de los puntos de apoyo - Adquirir conciencia, activación y control corporal. - Activar el cuerpo como medio de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor consciencia corporal - Mejora en los tiempos de reacción - Mayores destrezas motoras. - Sensación de autocontrol y autoconfianza. - Expresiones emocionales de satisfacción.
Desarrollo perceptivo (interiorización)	<ul style="list-style-type: none"> - Localizamos los sonidos que nos rodean - Escuchamos una música - Observamos nuestro cuerpo - Sentimos sensaciones - Recordamos las sensaciones de las actividades en las que hubo movimiento con música 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la escucha - Localizar auditivamente - Discriminar auditivamente - Sentir autoconfianza - Estimular el tacto - Activar la conciencia y visualización espacial - Entrenar el juego de "figura-fondo" auditivo - Emplear la memoria auditiva - Secuenciar el tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor consciencia sensorial - Mejora en la atención y concentración en general. - Mejora en las subfunciones de la percepción auditiva.
Relación con el otro (exteriorización)	<ul style="list-style-type: none"> - Cantamos juntos canciones - Adivinamos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la memoria - Fomentar la 	<ul style="list-style-type: none"> - Producciones más creativas. - Mayores



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

	<ul style="list-style-type: none"> canciones - Recordamos canciones - Bailamos en grupo - Aprendemos canciones - Improvisamos músicas - Coreografiamos la música entre todos - Compartimos gustos 	<ul style="list-style-type: none"> creatividad - Cooperar con otros - Expresar emociones - Figura-fondo auditivo - Identidad sonoro-musical - Estimular el sentimiento de pertenencia a un grupo 	<ul style="list-style-type: none"> conductas de colaboración. - Mayor identidad con el grupo y con las actividades musicales.
Representación y simbolización (interiorización)	<ul style="list-style-type: none"> - Dibujo la música - Recuerdo todo lo vivido a lo largo de la sesión - Me relajo con la música 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar el recuerdo mediante la visualización y el dibujo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibuja lo más significativo de la visualización. - Tranquilidad.
Despedida (exteriorización)	<ul style="list-style-type: none"> Canción de despedida 	<ul style="list-style-type: none"> - Disfrutar por lo vivido - Aceptar la despedida afectiva 	<ul style="list-style-type: none"> Sonrisa, satisfacción desapego, preparación para salir.

(Mateos Hernández, Luis Alberto, Capítulo 2 "Musicoterapia y Alzheimer", pág. 47(SEMPA), 2012)



12. MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Hay dos grandes modalidades de tratamiento a considerar:

Individual – Implica un mejor conocimiento del cliente y un trato y tratamiento más personalizado.

Grupal – Favorece la comunicación e interacción, si la conformación de grupos homogénea (comparten problemática y vivencias) se posibilita una mayor conciencia de la enfermedad.

La opción entre una u otra modalidad viene dada por el tipo de colectivo y también por las necesidades y recursos del centro. Para algunos colectivos, la música en grupo es claramente la opción más beneficiosa, ya que ayuda a compartir abiertamente con los demás las cualidades íntimas de cada uno, llevando así al auto-conocimiento y a una mayor autoestima. Pero no sólo la inteligencia intrapersonal se ve mejorada. También la interpersonal se desarrolla, al conducir a un mayor conocimiento de los demás, a una mayor escucha, empatía, disminución de la agresividad, posibilitando establecer mejores relaciones sociales.

Sobre este tema, Sophia Vinogradov e Irvin D. Yalom², se refieren a las ventajas de recurrir a un proceso terapéutico grupal: “en la terapia de grupo, no obstante, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta... se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo”.

En otras palabras, el grupo mismo sirve de instrumento de cambio, además de la aplicación de técnicas específicas y realización de intervención por parte del terapeuta cualificado. “Esta característica otorga a la terapia grupal su gran potencial terapéutico”.

Sin embargo, una gran dificultad se coloca a este tipo de terapia: atender tanto a las necesidades individuales de cada paciente como a las necesidades grupales. La escucha que se requiere del terapeuta debe realizarse a nivel individual y a nivel grupal.

Es necesario que haya un equilibrio entre las necesidades individuales de cada paciente y las grupales. El trabajo en coterapia (dos musicoterapeutas) suele resultar muy beneficioso en estos casos. Es una excelente forma, además, de revisar constantemente el proceso musicoterapéutico de las sesiones.

² Ver “Guía breve de psicoterapia de grupo”.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

En cuanto a la conformación de los grupos Mercadall y Martí (2008) afirman que se suelen plantear en función de los siguientes aspectos:

-Según los objetivos de tratamiento. Es el enfoque que más recomiendan para poder configurar grupos de la manera más homogénea. El hecho de que los pacientes tengan las mismas necesidades y capacidades y/o habilidades parecidas, permitirá al musicoterapeuta plantear objetivos terapéuticos que sigan una misma línea, así el programa de intervención tendrá un propósito muy concreto y claro.

-Según el número de personas. El número ideal para conformar estos grupos dependerá del estado de sus componentes. Los estudios recomiendan que si se trata de personas con un deterioro cognitivo en fase inicial el grupo podría constituirse con 8- 10 personas. Si participan enfermos que están en fases intermedias de la enfermedad, el número recomendado es de 6 personas. En fases más avanzadas se recomienda un número de entre 4-2 personas por grupo, dependiendo del perfil de cada uno de ellos. En las fases terminales de la enfermedad, las intervenciones deben ser individuales.

Estas cifras permiten al musicoterapeuta atender a las personas de manera individualizada, realizar un mejor trabajo de los objetivos terapéuticos, una individualización y adaptación de estos objetivos y un mayor control de las dinámicas de grupo.

Cuando se plantean intervenciones con grupos que no son homogéneos y además se excede el número de personas recomendado, se desmejora notablemente la calidad de la intervención, la atención se despersonaliza, se disminuye la exigencia en cuanto a los objetivos terapéuticos e incluso se puede llegar a provocar mayores estados de agitación y ansiedad en las personas más sensibles a la sobreestimulación.



13- ESTADIOS DE LA INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA EN DEMENCIAS

16. Fase de derivación y aceptación.

El musicoterapeuta profesional suele formar parte de un equipo multidisciplinar y recibir sus pacientes por derivación de geriatra, neurólogo, neuropsicólogo, psicólogo, enfermero, o fisioterapeuta. Igualmente pueden ser derivados por otros profesionales implicados en asociaciones como asistentes sociales o por los familiares de los interesados.

16. Fase de assessment o Evaluación inicial

Tras haberse documentado acerca de la patología y trastornos presentados por los enfermos derivados, así como del tipo de exploraciones y pruebas diagnósticas habituales, el musicoterapeuta debe recoger información de cada uno de los pacientes con los que trabajará, por lo que tendrá que consultar los datos que aportan otros profesionales de su equipo y por otro lado, conocer las preferencias musicales y las respuestas ante sonidos y músicas de cada persona. Esto último lo podrá evaluar en una primera sesión en la que registrará los aspectos fisiométricos, cognitivos, socioemocionales y conductuales observados durante la participación en experiencias musicales especialmente diseñadas con este objetivo.

16. Preparación de la intervención

El musicoterapeuta debe considerar todos los aspectos que ayuden a que la sesión tenga una dinámica y control exitoso (formación de grupos según objetivos y número de personas, preparación de la sala, materiales, cancioneros, etc.) para ayudar a centrar la atención de las personas en aquello que interesa en cada momento, evitando posibles distracciones. Esto dará lugar a mayores oportunidades de lograr experiencias exitosas y positivas, aumentar la autoestima y motivación, brindar tranquilidad y seguridad en los participantes e incrementar el grado de participación en la sesión.

16. Fase de documentación/ Evaluación

Generalmente en los estudios realizados en musicoterapia y demencias se utilizan instrumentos de evaluación estandarizados de la psicología o neuropsicología, pero es el deber del musicoterapeuta adaptarlos elaborando fichas de observación y registro adaptadas a sus propias necesidades de evaluación, para poder documentar las respuestas observadas de cada participante de una manera clara y expedita, a fin de poder determinar si está o no pudiendo



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

lograr los objetivos que se ha planteado, si será necesario realizar un cambio en la intervención o una reformulación de los objetivos que ha establecido.

Periódicamente el musicoterapeuta tendrá que elaborar informes de seguimiento o informes finales de tratamiento con los datos antes registrados en cada una de las sesiones.



14- CONCLUSIONES

La intervención musicoterapéutica implica la presencia de tres elementos: La música, el participante y el musicoterapeuta. La dinámica que se genera entre estos tres elementos es lo que favorece el cambio del paciente en este tipo de terapia.

El musicoterapeuta es un profesional especializado con formación interdisciplinar y específica, que será responsable de hacer una evaluación inicial de cada participante, formular y establecer objetivos terapéuticos, planificar su intervención, implementar las diferentes técnicas de la manera más adecuada a las necesidades de cada paciente, llevar un seguimiento de las respuestas de cada uno y evaluar los resultados.

La música, como arte y experiencia estética tiene características que permiten influir y movilizar al ser humano a nivel fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual.

Saber escoger la música y experiencia musical más adecuada para cada persona y situación, así como para apuntar a los objetivos terapéuticos que se han seleccionado para la intervención, forma parte de la función del musicoterapeuta profesional.

- La musicoterapia no es una actividad pasiva, la mayoría de las dinámicas implicadas requieren de una implicación en la creación y ejecución musical de cada paciente (cantar, bailar, tocar instrumentos, etc.).
- Poner música de fondo no es musicoterapia. En este caso la utilización de esta música no se basa en una relación terapéutica entre profesional y paciente, ni en las necesidades individuales de cada persona. Por otro lado, el uso indiscriminado de la música puede producir efectos indeseados en algunos casos y contextos, sin que puedan ser reconducidos por un profesional especializado.
- No existen músicas específicas para determinadas dolencias, porque en la percepción y reacción a la música siempre intervienen los aspectos fisiológicos y psicológicos de cada persona. Estas reacciones serán específicas en cada individuo y estarán condicionadas por componentes personales y culturales. La musicoterapia trabaja con las preferencias individuales de cada persona para buscar efectos y reacciones concretas.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

- La musicoterapia, en general, incluye todo tipo de música, no sólo la clásica. Las piezas se escogerán en función de las preferencias de cada sujeto y los objetivos a los que se apunte en cada caso.
- La musicoterapia tiene objetivos que son eminentemente no musicales, lo que la hace asequible para cualquier persona sin conocimientos musicales, a excepción del musicoterapeuta que tiene que tener una formación musical sólida.



16- BIBLIOGRAFÍA

- Benenzon, Rolando, Gainza, Violeta H. de, Wagner, Gabriela (1998): *La nueva Musicoterapia*. Lumen, Buenos Aires.
- Betés de Toro, M. (comp) (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Editorial Morata.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en Musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Producciones Agruparte.
- Davies, W.B., Gfeller, K.E., y Thaut, M.H. (2002). *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. Barcelona: Editorial de Música Boileau.
- Lago Castro, P. Módulo 7: "Musicoterapia"- Tratamientos y terapias no farmacológicas en la Enfermedad de Alzheimer. Madrid: Afal Contigo.
- Leivinson, C. (2010): *Musicoterapia en el ámbito Geriátrico*, <http://es.scribd.com/doc/105177095/Musicoterapia-en-el-ambito-Geriatico-sololectura>
- Mateos Hernández, L.A. (2012): *SEMPA (Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras Demencias)*, Capítulo 2: "Musicoterapia y Alzheimer"
- Mercadall-Brotons M. y Martí Auge P. (2008). *Manual de Musicoterapia en Geriátria y Demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma Ediciones.
- Rodrigo, M.S. (2008) *Terapia de la comunicación y sonido*. Madrid: Ed. Musicalis
- Sacks, O. (2009): *Musicofilia*. Barcelona: Ed. Anagrama
- Thayer Gastón, E. y Otros (1968)- *Tratado de musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html (Octubre 2012)
- Bentz, Conxita (2017) *Aplicación de la musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer*. Jims, Editorial Médica.



Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras
enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad de Alcalá de Henares

CONCLUSIONES:

1. Las enfermedades neurodegenerativas provocan un deterioro en la persona llevándoles a una desconexión del mundo que les rodea.
2. Las terapias tradicionales tienen efectos positivos para estimular áreas concretas.
3. La música estimula áreas como la memoria, la atención, la concentración, la motricidad, el lenguaje, la respiración... pero sobre todo desde una perspectiva emocional por lo que llega más a la persona.
4. En fases avanzadas de la enfermedad es muy efectiva.
5. La musicoterapia es fundamental para una correcta intervención terapéutica integral.
6. Necesidad de intervención al menos 2 días en semana.

PROPUESTAS

1. Colaboración económica para mantenimiento y ampliación de dicha intervención en la población con demencia.
2. Difusión y sensibilización de la musicoterapia como terapia (proyecto piloto formativo)
3. Proyecto de aprendizaje y servicio (creación de coro con jóvenes y mayores). Este proyecto se ha llevado a cabo en otros municipios.

MOCIÓN DEL GRUPO MUNICIPAL DE CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA AL PLENO ORDINARIO DE 17 DE JULIO DE 2018 RELATIVA A LA DIFUSIÓN DE LA MODIFICACIÓN PARCIAL DE LA LEY INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GENERO DE LA COMUNIDAD DE MADRID APROBADA POR LA ASAMBLEA DE ASAMBLEA DE MADRID

D. Miguel Ángel Lezcano López, portavoz del grupo Municipal Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares, en nombre y representación del mismo, eleva a Pleno de la Corporación para su debate la siguiente

MOCIÓN

Exposición de motivos:

En España, la Constitución de 1978 consagra, a través de sus preceptos, la igualdad real y efectiva, la igualdad de sexos, el derecho a la vida, a la integridad física y moral, sin que pueda ser sometida a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes, el derecho de la persona a la libertad y la seguridad, y el derecho a la intimidad personal y familiar. A pesar de estos derechos expresamente recogidos en nuestra Constitución, la Violencia de Género continúa representando una clara amenaza contra la libertad, la seguridad, la dignidad y en ocasiones incluso la vida de numerosas mujeres.

A pesar de los avances legislativos y de consenso social alcanzados en los últimos años contra la violencia de género, la realidad es que el marco jurídico actual seguía sin suponer una garantía adecuada para los derechos de las víctimas de violencia machista. De acuerdo con las últimas estadísticas, sólo alrededor de un tercio de las mujeres asesinadas por violencia de género habían interpuesto denuncia, lo que en la Comunidad de Madrid limitaba el acceso a medidas de protección.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Asamblea de Madrid aprobó el pasado **6 de junio de 2018 un proyecto de Ley de modificación de la Ley 5/2005, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid**. Esta modificación, aprobada por la unanimidad de la Cámara, persigue fundamentalmente dos objetivos: **garantizar un acceso prioritario a la vivienda** de protección oficial a las mujeres víctimas de violencia de género, así como **ampliar el alcance del título habilitante a todas aquellas mujeres que, aun no habiendo interpuesto denuncia, sí puedan demostrar su condición de víctimas** de acuerdo con un conjunto de informes técnicos, sociales y sanitarios.

En ocasiones, para el ejercicio efectivo de un nuevo derecho no basta sólo con su reconocimiento en la Ley. La mayoría de las veces **es necesaria una intensa labor de difusión y concienciación por parte de las administraciones públicas, que permita a las personas titulares de estos derechos, conocerlos.** En este objetivo, y sin duda ante un fenómeno de tanto calado como el de la violencia de género, la administración local no puede quedarse atrás. Al contrario, por la cercanía de los ayuntamientos a la realidad más cotidiana de las personas y por nuestra neta contribución en el apoyo y asesoramiento a las víctimas de violencia de género, nuestro papel resulta imprescindible a la hora de informar y ayudar a superar el miedo, de contribuir a la recuperación de la dignidad, aportando para que la protección y la libertad estén mejor garantizadas.

Por ello el Grupo Municipal Ciudadanos – Partido de la Ciudadanía eleva al Pleno para su debate y aprobación el siguiente

ACUERDO

- 1. Trasladar de inmediato a los técnicos municipales especialistas en mujer igualdad, familia y asuntos sociales, así como al resto de los empleados públicos del Ayuntamiento que desde su función puedan trabajar transversalmente por la igualdad, el contenido de la nueva Ley aprobada por la Asamblea de modificación de la Ley 5/2005 Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.**
- 2. Desarrollar una campaña informativa a los vecinos y vecinas de nuestro municipio en torno a los nuevos derechos reconocidos por la Comunidad de Madrid para la protección contra la violencia de género.**
- 3. Informar a los trabajadores de los Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género de la modificación de la Ley 5/2005 en el plazo máximo de 15 días.**

Alcalá de Henares a 10 de Junio de 2018



Portavoz del Grupo Municipal Ciudadanos
Fdo.: Miguel Ángel Lezcano López

MOCIÓN DEL GRUPO MUNICIPAL DE CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA AL PLENO ORDINARIO DE 17 DE JULIO DE 2018 RELATIVA A LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO PARA AUMENTAR LA AUTOESTIMA Y LA AMBICIÓN PROFESIONAL DE LAS NIÑAS EN EDAD ESCOLAR, ASÍ COMO SUS EXPECTATIVAS LABORALES.

D. Miguel Ángel Lezcano López, portavoz del grupo Municipal Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía del Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares, en nombre y representación del mismo, eleva a Pleno de la Corporación para su debate la siguiente

MOCIÓN

Exposición de motivos:

Aunque la incorporación de la mujer al trabajo remunerado es cada vez mayor y va ocupando cada vez puestos de mayor responsabilidad y empleos que antes parecían exclusivamente masculinas, sin embargo, siguen existiendo numerosos motivos de desigualdad en el mundo del trabajo, por los que discrimina a la mujer impidiendo su derecho a acceder, en igualdad de condiciones, al empleo, ocupación, nivel y salario que deseen, basado únicamente en su propio mérito y capacidad. Entre los numerosos motivos de discriminación queremos destacar, de forma muy resumida:

1. Desigual atención al trabajo no remunerado y al cuidado del hogar

La atención del hogar y los trabajos no remunerados son principalmente asumidos por las mujeres, que dedican aproximadamente el doble de horas que los hombres a estas tareas.

2. Inferior tasa de actividad de las mujeres

La tasa de actividad de las mujeres en el mercado laboral en España es 12 puntos porcentuales inferior a la de los hombres, 52,1% frente a 64,2%, poniendo de manifiesto la mayor dificultad para acceder activamente al mercado del trabajo. (EPA IV trimestre 2017)

3. Más de la mitad de las mujeres no tienen empleo

La tasa de desempleo de las mujeres es mayor que los varones (18,5% frente al 15,2%). Es significativo que haya más mujeres que hombres que se han salido del mercado laboral después de haber tenido un trabajo (53,2% de las personas que abandonan el mercado laboral son mujeres, frente al 46,8% que son hombres). (EPA I trimestre 2018)

4. Mayor nivel de precariedad

Cerca del 75% de los contratos a tiempo parcial son de mujeres. Si se considera los contratos temporales y a tiempo parcial, el 67% son de mujeres.

En la Unión Europea, el 32% de las mujeres trabajan con un contrato a tiempo parcial, porcentaje muy superior a los hombres, que es del 8%.

Las causas estudiadas de esta mayor precariedad son la necesidad del cuidado de hijos, mayores o personas enfermas (para el 45% de las contratadas con contrato a tiempo parcial) y el no encontrar un trabajo a jornada completa (para un 24%). (EPA IV trimestre 2017)

5. La presencia de mujeres en puestos de dirección sigue siendo minoritaria

El fenómeno que se conoce como “techo de cristal” o también como “suelo pegajoso”, pone de manifiesto la dificultad que encuentran las mujeres para ascender a puestos directivos, por múltiples motivos: la falta de recursos para la conciliación, la presión social que desmotiva a las mujeres para postularse para puestos directivos, la falta de una efectiva corresponsabilidad y los prejuicios que hace que los responsables no ofrezcan puestos directivos a las mujeres. La consecuencia es que, aunque el número de mujeres en puestos de menor responsabilidad está aumentado, y en varios niveles supera al de los hombres, tan solo un 34,1% de los puestos directivos están ocupados por mujeres. (EPA IV trimestre 2017)

6. Segregación por sectores

Los estereotipos vigentes provocan una segregación horizontal que se mantiene e incluso en los últimos años está aumentando. Algunos sectores tienen una presencia femenina muy minoritaria, mientras que en otros la presencia femenina es muy mayoritaria, y suele corresponder que los sectores con mayor presencia femenina son los de menor nivel retributivo. Así los trabajos de servicio doméstico, secretaría, limpieza, atención al público o educación reciben remuneraciones inferiores a los trabajos de ingeniería, economía o trabajos técnicos como el de mantenimiento u operario de maquinaria.

Y dentro de un mismo sector es típico que las mujeres desempeñen un tipo determinado de tareas y los hombres otro. Un ejemplo claro es el de la limpieza de oficinas, donde las mujeres se encargan casi exclusivamente de la limpieza básica y los hombres de la limpieza de cristales, correspondiendo a estos últimos una remuneración superior.

7. La brecha salarial

Según el informe 'Brecha salarial y techo de cristal' de Gestha (Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda y elaborado con datos de la Agencia Tributaria correspondientes a 2016 y publicado el 12 de febrero de 2018), la brecha salarial aumenta en España, las mujeres cobran un 30% menos y soportan mayores niveles de precariedad y en consecuencia de pobreza. Según el citado informe, de media, las mujeres cobraron al año 4.745 euros, un 30%, menos que sus compañeros masculinos, lo que supone casi medio punto porcentual más que un año atrás.

Según informe publicado por El País el pasado 29 de mayo, la brecha salarial de género se redujo en seis décimas en 2016, hasta el 22,3%. Las mujeres, con un sueldo bruto anual de 20.131,41 euros, cobraron un 22,3% menos que los hombres, mejora que es insuficiente para las mujeres que cobran los salarios más bajos.

8. La segregación que comienza desde la cuna

La discriminación comienza en la primera infancia, nace del entorno y no del niño, y tiene su origen en estereotipos y prejuicios sociales que forman parte de nuestra cultura y que se consideran como “normales” o “naturales”. Estos estereotipos encarrilan a los niños hacia un tipo de comportamiento, actitudes, trabajos e incluso gustos, y a las niñas hacia otros modelos que tradicionalmente se han considerado más apropiados para ellas, promoviendo de manera

consciente o inconsciente una situación de desigualdad que posteriormente se acaba convirtiendo en discriminación.

Como se ha expuesto, las causas de la discriminación laboral de las mujeres son numerosas y las consecuencias son graves no solo para las mujeres, sino para el conjunto de la sociedad, lo que nos debe a todos motivar para lograr la erradicación de las mismas. Aunque muchas de las causas escapan del alcance político y real de este Ayuntamiento, si podemos ayudar con pequeños gestos que contribuyan a modificar, paso a paso, actitudes y comportamientos discriminatorios y nos lleven hacia una sociedad más justa. Inspiring Girls es un proyecto que estimamos puede ser muy interesante promover para motivar a las niñas a acceder a aquello que quieran ser, superando viejos prejuicios que las limitaban. De la página web del proyecto extraemos la presentación y explicación del mismo:

“Inspiring Girls es un proyecto que tiene como objetivo aumentar la autoestima y la ambición profesional de las niñas en edad escolar, así como sus expectativas laborales, ayudándolas a visibilizar la amplia variedad de profesiones y trabajos que existen, sin que el hecho de ser mujer suponga ninguna limitación, siempre que se basen en el trabajo y el esfuerzo. Y esto lo hacemos mediante la “vuelta al cole” de mujeres profesionales de todos los sectores.

Las mujeres voluntarias (profesionales liberales, ejecutivas, altos cargos, empleadas...) ofrecen su tiempo (solo una hora al año) para ir a los colegios y explicarles a las niñas su actividad profesional, qué les apasiona de su trabajo, qué problemas encontraron en el desarrollo de su carrera y cómo los solucionaron... y contestar sus preguntas. Se trata, en definitiva, de permitir a las niñas que conozcan de cerca mujeres role model a las que normalmente no tienen acceso, que sean sus referentes y les sirvan de inspiración.

Inspiring Girls fue fundada hace tres años en Reino Unido por una abogada española, Miriam Gonzalez Duránte, casada con el ex viceprimer ministro Nick Clegg, y en estos tres años solo en Reino Unido más de 500.000 niñas han participado en 50 eventos y aprendido de las 25.000 profesionales voluntarias. Tras esta exitosa implantación, el equipo trabaja actualmente para implementar la Fundación en otros 9 países, entre ellos España, donde se presentó en diciembre a la opinión pública en un evento celebrado en Madrid.”

Este proyecto, desde su puesta en marcha en diciembre del año pasado, está realizando actividades tanto en centros escolares como en centros productivos, con una gran valoración por parte de las chicas y una importante repercusión pública.

Por ello el Grupo Municipal Ciudadanos – Partido de la Ciudadanía eleva al Pleno para su debate y aprobación el siguiente

ACUERDO

Promover desde la Concejalía de Educación de este Ayuntamiento la puesta en marcha en nuestros centros escolares de nuestra ciudad del programa Inspiring Girls, con el objetivo de aumentar

Grupo de Concejales Cs - Ciudadanos

la autoestima y la ambición profesional de las niñas en edad escolar, así como sus expectativas laborales, favoreciendo por un lado la incorporación de mujeres profesionales como voluntarias del mismo, y por otro la realización de las actividades de concienciación en los centros de enseñanza de nuestra ciudad, llegando para ello a acuerdos con los equipos directivos.

Alcalá de Henares, a 11 de julio de 2018



Portavoz del Grupo Municipal Ciudadanos
Fdo.: Miguel Ángel Lezcano López