



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Recinto Universitario “Rubén Darío”
Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas
Departamento de Psicología
Trabajo monográfico para optar al título de Licenciadas
en Psicología



Título:

“Influencia de la musicoterapia en estados depresivos del adulto mayor, en el hogar San Antonio del Departamento de Masaya, durante el periodo Enero-Febrero 2017”

Autoras: Bra. Yessica Massiel Chévez Rodríguez.

Bra. Scarleth Mercedes Latino Gaitán.

Bra. Krysley Jissel Tijerino Barrera.

Tutor: Lic. Iván Ernesto Ruíz Salvatierra.

Managua, Febrero 2017.

DEDICATORIA

Esta investigación monográfica, es dedicada primeramente a Dios quien ha sido nuestra guía brindándonos la sabiduría y entendimiento necesario para poder cumplir esta meta tan anhelada e importante en nuestra vida, como es la culminación de nuestra carrera.

A nuestros padres por el apoyo incondicional que nos han dado, alentándonos para no desvanecer durante estos años de estudio.

A nuestro tutor por su tiempo y dedicación, ya que formo parte de uno de los pilares significativos para la culminación de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

Brindo este espacio de agradecimiento primeramente a Dios por ser mi todo, brindarme la sabiduría y amor incondicional así como permitirme disfrutar de su fidelidad en todo el proceso de mi formación como profesional.

A mis padres por transmitirme su optimismo, ser mi mayor fuente inspiración y esfuerzo, por inculcarme y formarme a nivel moral lo cual es complemento fundamental como psicóloga. A seres queridos por brindarme confianza, apoyo y ánimos cuando estaba lejos de casa.

Al tutor de este estudio monográfico Iván Ruiz y docentes del Departamento de Psicología quienes implementaron sus mejores estrategias para brindar una formación teórica-práctica clara y efectiva

¡A todos ustedes gracias!

Yessica. M. Chávez. R.

Primeramente doy gracias a Dios, pues él ha mostrado ser fiel en cualquier momento de mi vida y creo que sin fe no hubiese llegado hasta donde estoy. Gracias a él por regalarme la vida y darme las fuerzas necesarias para cumplir mis anhelos y metas deseadas: "Jehová es mi pastor nada me faltara, Aunque ande en valle de sombra de muerte, No temeré mal alguno, porque tu estarás conmigo; tu vara y tu cayado me infundirán aliento" salmos 23 1-4.

Gracias a mi Abuela quien ha jugado un rol muy importante en mi vida, de ella he aprendido que por muy difíciles que sean los caminos a atravesar si permaneces con fe y en pie, saldrás victorioso, gracias por haberme motivado día a día y aceptar mis decisiones tomadas, no me engendraste sin embargo sé que darías la vida por mí. De la misma manera agradezco a mi padre y a mi madrastra (una segunda madre para mi) quienes me han apoyado en este camino, sé que los tres se privaron de algunas cosas para poder brindarme el apoyo necesario y les agradezco infinitamente ¡Que herencia más valiosa puedo pedir que las que ustedes me han brindado!

Scarleth. M. Latino. G

Al culminar mi carrera, estoy agradecida primeramente con Dios, quien me ha dado la vida y ha sido mi compañero en cada paso que he dado, derramando de su sabiduría e iluminándome para culminar de forma satisfactoria mis objetivos.

Doy infinitamente las gracias a mis padres Constantino Tijerino García y Luvys Alejandra Barrera Potoy quienes han estado conmigo en todo momento y son mi mayor motor para seguir adelante, motivándome cada día y recordándome siempre que al final se ven los resultados del sacrificio, por su apoyo incondicional durante estos años.

Así mismo a las personas importantes en mi vida, por haber estado siempre a mi lado en todo este proceso, dándome ánimo, alegría y amor en los momentos alegres como en los difíciles.

Agradezco a mis amigos por creer en mí, por su paciencia y comprensión, permitiéndome ver mis fortalezas y debilidades.

Por último, pero no menos importante, le doy gracias a todos los docente que me orientaron y enseñaron cosas valiosas para mi desempeño académico como a nivel personal, sobre todo al profesor Iván Ruiz Salvatierra por ese tiempo dedicado en

todo el proceso monográfico que siempre me alentaba para no darme por vencida, y que sin su acompañamiento no hubiese sido posible culminar.

"Todo lo puedo en Cristo que me fortalece" Filipense 4: 13.

Krysley. J. Tijerino. B.

RESUMEN

El presente estudio monográfico tiene como objetivo primordial analizar la Influencia de la musicoterapia en estados depresivos del adulto mayor, dicho estudio se llevó a cabo en el hogar San Antonio del departamento de Masaya, durante el periodo Enero-Febrero 2017. Siendo este de tipo experimental puro, se clasifica por su enfoque de trabajo como mixto y su duración fue de corte transversal.

La muestra utilizada en la investigación constó con la participación de 16 adultos mayores dividiéndose en dos grupos experimental y control, para ello se empleó la técnica de muestreo aleatorio simple. Para la realización del análisis de la investigación fue necesario conocer los resultados obtenidos mediante el test de Yesavage y la entrevista estructurada. Así mismo se ejecutó un plan musicoterapéutico diseñado para disminuir el estado depresivo en los adultos mayores del grupo experimental.

Se concluye que la musicoterapia tiene una influencia significativa en el tratamiento de la depresión en adultos mayores con estados depresivos, ayudando a la vez a mejorar la comunicación entre los participantes tanto dentro como fuera de las sesiones.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	10
II.	ANTECEDENTES	11
III.	JUSTIFICACIÓN	14
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
V.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
VI.	MARCO TEÓRICO	18
7.1	ADULTO MAYOR.....	18
7.1.1	Definición de adulto mayor:	18
7.1.2	Clasificación del adulto mayor	19
7.1.3	Perspectivas del adulto mayor	22
7.1.3.1	Perspectiva Biológica	22
7.1.3.2	Perspectiva Psicológica	23
7.1.3.3	Perspectiva Social.....	24
7.2.	MUSICOTERAPIA.....	26
7.2.1.	Definición de musicoterapia.....	26
7.2.2.	Antecedentes históricos de la musicoterapia.....	28
7.2.3.	Clasificación de musicoterapia.....	32
7.2.3.1.	Musicoterapia activa	32
7.2.3.2.	Musicoterapia pasiva	34
7.2.4.	Métodos de musicoterapia	36
7.2.5.	La naturaleza esencial de la intervención en musicoterapia.....	42
7.2.6	Principios fundamentales de la musicoterapia.....	44
7.3.	DEPRESIÓN	48
7.3.1	Definición de depresión.....	48
7.3.2.	Prevalencia de la depresión	49
7.3.3.	Comorbilidad de depresión	49
7.3.4.	Criterios para el diagnóstico de depresión	50
7.3.5.	Teorías que explican la depresión.....	52
7.3.5.1.	La teoría conductual: como falta de refuerzo.	52
7.3.5.1.	La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.....	53
7.3.5.3	La indefensión aprendida de Seligman.....	54

**“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO
MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.**

7.3.5.4. Teoría biológica.....	56
7.3.6 Depresión en los adultos mayores	56
7.3.6.1 Causas de la depresión en los adultos mayores	57
7.3.6.2. Síntomas de la depresión	58
7.3.6.3. Tratamientos para la depresión	59
7.3.6.3.1. Tratamientos farmacológicos.....	59
7.3.6.3.2. Tratamientos Cognitivo Conductuales	60
VIII. PREGUNTAS DIRECTRICES	62
IX. DISEÑO METODOLÓGICO	63
X. ANÁLISIS DE RESULTADOS	76
XI. CONCLUSIONES	102
XII. RECOMENDACIONES	104
XIII. BIBLIOGRAFÍA	105
<u>ANEXOS</u>	108

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación lleva por objetivo analizar la influencia de la musicoterapia en estado depresivo del adulto mayor, en el hogar San Antonio del Departamento de Masaya. Esta institución se ubica en el barrio “San Juan”.

La adultez mayor es la etapa en la cual surgen diversos cambios a nivel biológico, social y psicológico por ende son propensos a sufrir cambios emocionales que conllevan a enfermedades físicas y psíquicas (Alzheimer, demencia, depresión, etc.). Factores como la pérdida del conyugue, independización o llegada de la jubilación suelen ocasionar sentimientos de frustración e inutilidad y estados depresivos. Por ello se ha tomado la tarea de implementar un nuevo método psicoterapéutico poco utilizado a nivel nacional como lo es la “musicoterapia”.

En esta investigación se hace uso de un enfoque mixto, es de tipo experimental puro pues su diseño llega a incluir una o más variables independientes y una o más dependientes. Por su temporalidad se caracteriza de corte transversal. Se constó con una muestra de 16 adultos mayores dividida en dos grupos, uno experimental y uno de control, utilizando la técnica de muestreo aleatorio sencillo.

La recolección de datos para el análisis de los resultados se hizo a través de aplicación de pre-test y pos-test de la prueba Yesavage, entrevista estructurada, observación directa y diario de campo.

II. ANTECEDENTES

Con el fin de delimitar nuestro planteamiento de investigación, fue necesario realizar una revisión exhaustiva de índole documental y bibliográfica, para ello recurrimos a ciertas instituciones tales como: La Universidad Centroamericana (UCA), La Biblioteca Central “Salomón de la Selva” de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua) y el Centro de Documentación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas de la misma Alma Mater “CEDIHUM”. Sin embargo, no se encontró ningún tipo de investigación monográfica y/o proyecto relacionado a este tema, por tanto se recurrió a la revisión constante de webgrafía, en donde se encontraron los siguientes estudios:

Como primer investigación se encuentra Alulema (2015) en su tesis titulada: **“Intervención para Depresión Geriátrica: Aplicación de Musicoterapia”**. Como objetivo del estudio se pretendía que mediante la intervención con musicoterapia activa y pasiva los adultos mayores respondieran de manera favorable para contrarrestar y disminuir los niveles de depresión, cabe mencionar que este estudio fue realizado en Quito, ciudad de Ecuador.

Esta investigación se realizó con la participación de 30 miembros de la Fundación Damas Corazones Solidarios. De estos, 10 de ellos pertenecerían al grupo control, 10 al grupo experimental uno y los otros diez al grupo experimental dos. Siendo un criterio la división de género entre los grupos. En los resultados se pudo visualizar los niveles de depresión en hombres y mujeres, y se identificó en cual grupo ocurrieron mayores cambios.

Como conclusión del estudio, se obtuvo que la musicoterapia puede reducir los niveles de depresión de los adultos mayores, utilizando técnicas individuales o grupales, ya que estas involucran directamente al paciente a experimentar nuevas sensaciones y de cierta manera regulan su estado de ánimo para lograr un estado funcional de la persona. Así mismo, se obtuvo que en la musicoterapia activa hubo mejores resultados que en la musicoterapia pasiva, esto se debió a la manera de interacción con los participantes y a las actividades específicas que se realizaron con cada adulto mayor.

Un segundo estudio experimental, fue realizado por Oliva y Fernández (2006), este se titula: **Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos.** En este, los autores realizan un primer esfuerzo desarrollado en Cuba por aliviar los síntomas depresivos, a través de la aplicación de diversas técnicas musicoterapéuticas en una población de la tercera edad. La investigación que aquí se presenta, tiene como objetivos propiciar una alternativa terapéutica más a favor de la salud mental de las personas de la tercera edad; coadyuvar al aumento de la calidad de vida de los pacientes geriátricos beneficiados por esta psicoterapia; evaluar la acción de la musicoterapia como alternativa de tratamiento no farmacológico y, en especial, contribuir a la disminución de los cuadros depresivos en dichas personas.

Se realizó un estudio con un total de 60 pacientes deprimidos, divididos en dos grupos: un grupo experimental (GE) compuesto por 35 pacientes (32 mujeres y 3 hombres), en edades de entre 62 y 83 años; y un grupo control (GC) que comprendió a 25 pacientes (21 mujeres y 4 hombres) en edades de 60 a 81 años, todos ellos bajo tratamiento

farmacológico. Solamente el grupo experimental recibió doce sesiones de musicoterapia, con predominio de las técnicas activas.

Los resultados de este estudio, mostrados por los puntajes en el Inventario de Beck aplicado antes, durante y al finalizar ese periodo de tiempo, a los grupos de control y experimental, así como por la disminución de la ingesta farmacológica y el mejor desempeño social, destacan la efectividad de la musicoterapia como técnica complementaria en esta población de estudio.

Por otra parte Gonzales (2013), en su tesis titulada: **“Programa de musicoterapia grupal para mejorar el estado emocional en pacientes de la tercera edad que presentan depresión moderada”**, se basa en un estudio de carácter mixto y de aplicación de 14 sesiones con musicoterapia, para ayudar a mejorar el estado emocional a un grupo de pacientes de 60 a 80 años de edad, que presentan depresión moderada y asisten a los servicios sociales del adulto mayor del IESS de la ciudad de Cuenca, Ecuador. De ellos 24 pacientes presentaban depresión moderada, al culminar con las sesiones los resultados fueron: 12 pacientes presentaron una puntuación menor a 19 puntos, indicando una depresión leve, 11 pacientes aún se mantendrían con una depresión moderada, y una persona presentaría un puntaje de 30 debido a una pérdida familiar.

III. JUSTIFICACIÓN

La adultez mayor es la etapa en la cual surgen diversos cambios a nivel biológico, social y psicológico, los cuales pueden repercutir generalmente de manera negativa en estos individuos.

Factores como la pérdida del cónyuge o amigos, independización de los hijos y la llegada de la jubilación, así como la pérdida aparente de un rol social aceptable, suelen ocasionar sentimientos de frustración, inutilidad y conformismo entre otros. Este proceso en muchos casos desencadena desequilibrios emocionales. Por esta razón, los adultos mayores son propensos a sufrir estados depresivos, pérdida de autoestima, dificultades para conciliar el sueño, enfermedades psíquicas y físicas, provocando en algunos casos hasta la muerte.

La musicoterapia es una terapia aplicada para restaurar y acrecentar la salud mental, psíquica y física del ser humano. Buscando generar un cambio positivo en la calidad de vida y rehabilitación de la persona para la sociedad, promoviendo un bienestar emocional e intelectual, por lo que puede ser un tratamiento efectivo para estados depresivos.

La presente investigación pretende constatar la eficacia y utilidad de la musicoterapia en adultos mayores con estados depresivos. Aspirando a que sea utilizada como una técnica psicológica recomendada para poblaciones que presenten diferentes psicopatologías, con recursos instrumentales fáciles de conseguir y pudiéndose llevar a cabo en varios ambientes con las condiciones apropiadas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día el término “adulto mayor” es socialmente conocido. A pesar de esto, es un tema poco estudiado y atendido, pues la existencia de proyectos sociales es escasa debido a que suelen enfocarse en otro tipo de población. Ciertas organizaciones son las que se han tomado a la tarea o responsabilidad de llevar un poco de bienestar a estas personas. Esta población en su mayoría suelen ser jubilados y otros activos, sin embargo en muchos casos estos se ven expuestos ante abandonos totales o son ingresados en alguna casa hogar.

El adulto mayor enfrenta varios factores negativos (desgaste físico, dificultades económicas, abandonos, etc.) que lo predisponen a enfermedades tanto físicas como psíquicas, desencadenando éstas afectaciones a nivel individual y familiar. Esta población usualmente recibe poca ayuda de parte de la sociedad, siendo la salud mental el área más descuidada para estos sujetos. Según (Roche, Feria y Caballero,1998) entre las enfermedades comunes en esta etapa de la vida tenemos la depresión, seguida por la ansiedad, demencia y las dificultades psicomotrices.

Las problemáticas antes mencionadas, han influenciado en el surgimiento de técnicas terapéuticas que ayudan a guiar a estas personas para afrontar a la realidad que se ven expuestos. Procurando brindar alivio y acompañamiento ante sus angustias, ansiedades, estrés, etc. una de estas técnicas es la musicoterapia, la cual toma en

consideración tanto aspectos musicales como terapéuticos para lograr una aplicación eficaz.

Consideramos que el trabajo en salud mental con el adulto mayor a nivel Nacional carece de importancia. Por lo tanto, creemos que la musicoterapia es una metodología que puede influir en esta población, por lo que se buscó dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la influencia de la musicoterapia en el estado depresivo del adulto mayor del hogar san Antonio?

V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Analizar la influencia de la Musicoterapia en el estado depresivo del adulto mayor, en el hogar San Antonio del Departamento de Masaya, durante el periodo Enero-Febrero 2017.

Objetivos específicos

- Identificar estado depresivo en los adultos mayores del hogar San Antonio.
- Describir la influencia de la musicoterapia en el estado depresivo de los adultos mayores en el hogar San Antonio.
- Comparar los resultados de las evaluaciones aplicadas y de la intervención musicoterapéutica en adultos mayores del hogar San Antonio, a través del método experimental.

VI. MARCO TEÓRICO

Para tener una mayor comprensión del tema a investigar, consideramos de suma importancia conocer algunos conceptos básicos como adulto mayor, musicoterapia y depresión, ya que constituyen un soporte teórico de la investigación permitiendo desarrollar de manera más objetiva el tema.

7.1 ADULTO MAYOR

Cuando nos referimos al adulto mayor, tenemos la tendencia a llamarlos "los abuelitos", "los ancianos", "los viejitos", etc. Relacionamos que las personas mayores son las que tienen incontinencia urinaria, sufren de enfermedades crónicas, son renegones, personas con muchas experiencias y que también son los que están en asilos. Por lo tanto, consideramos importante conocer los puntos de vistas teóricos que definen lo que es un adulto mayor.

7.1.1 Definición de adulto mayor:

Existen varios autores que definen lo que es un “adulto mayor”, sin embargo se retomarán los que se han considerado más significativos para esta investigación.

El término adulto mayor tiene un uso relativamente reciente ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos términos “persona de la tercera edad” y “anciano”. Un adulto mayor generalmente es definido como aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento. Es

precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando, por lo que generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

Según la Organización de la Naciones Unidas, se considera Adulto Mayor a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). Otra definición es brindada por la Organización Mundial de Salud, que considera a las personas de 60 a 74 años de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (Ramos, 2012).

En general el adulto mayor se encuentra en la etapa de la senectud siendo este un proceso natural y paulatino que experimenta el individuo a través de su desarrollo evolutivo, no obviando que a su vez lleva aparejado cambios y transformaciones de tipo biológico, psicológico y social, que van unidos igualmente al desarrollo.

7.1.2 Clasificación del adulto mayor

Según el Plan Nacional Peruano para las personas adultas mayores, Viviano (2015) Considera útil clasificar a las personas adultas mayores en tres grupos:

- **Adulto Mayor Independiente o Autovalente:**

Se considera adulto mayor autovalente a toda aquella persona de 60 años o más, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, desplazarse,

asearse, bañarse, etc.), así como también las actividades instrumentales (cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, etc.).

Estas personas pueden hacer deportes acordes a su estado de salud, considerando así que la autovalencia de los adultos mayores está asociada con la edad, el estado de salud físico-mental y las condiciones del envejecimiento. Se debe tomar cuenta que por ninguna razón las personas en esta clasificación deben ser objeto de algún tipo de restricción debido a su edad (Viviano, 2015).

- **Adulto Mayor frágil:**

Es aquella persona de 60 años o más, con alguna limitación para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, donde la fragilidad de estas se ve asociada a mayor riesgo de discapacidad y vulnerabilidad frente a eventos adversos. Por lo que estos sujetos requieren apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, y deben tener cuidados preventivos. Según Viviano (2015) es importante conocer algunas características de la persona frágil como son:

- ✓ Alteración de la marcha.
- ✓ No ver ni escuchar bien.
- ✓ Dependencia a varios medicamentos.
- ✓ Deterioro cognitivo.
- ✓ Edad avanzada (75 años o más).
- ✓ Estar enfermo(a).

- ✓ Viudez reciente, vivir solo.
- ✓ Situación económica precaria que impida la satisfacción de sus necesidades básicas.
- ✓ Presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, arterioesclerosis (2015).

- **Adulto Mayor dependiente**

Es aquella persona no autovalente que requiere cuidado y apoyo calificado de otra persona, ya que tienen problemas severos de salud que la limitan a nivel funcional y/o mental. El adulto mayor dependiente requiere ayuda para alimentarse, vestirse, tomar medicamentos, asearse a veces no controlan esfínteres, como también puede tener grave deterioro cognitivo.

Por estas circunstancias algunos familiares solicitan un certificado de discapacidad que facilita el apoyo de un tercero en trámite administrativo para el cobro de pensiones, gestiones sociales, atención de salud, etc.

En otros casos se realiza un proceso judicial para declarar a la persona “incapaz”, figura que es entendida en el sentido positivo de recibir asistencia de un tercero para la representación legal y administración de bienes (Viviano, 2015).

7.1.3 Perspectivas del adulto mayor

Es significativo conocer las diferentes perspectivas relacionadas a las personas adultas mayores que los describen en las áreas biológicas, psicológicas y sociales que se abordan a continuación.

7.1.3.1 Perspectiva Biológica

En esta perspectiva es significativo conocer la edad biológica que se compone de dos aspectos. Primero, puede ser considerada la edad cronológica o la condición de los órganos o sistemas corporales del individuo. Esto significa que el proceso corporal de un individuo que tiene 80 años, funciona como los demás que tienen la misma edad. Pero es posible que este sea activo físicamente, posea un corazón o capacidad pulmonar característica de alguien más joven, u otras características físicas favorables, por tanto la edad biológica no es sinónimo de edad cronológica.

El segundo aspecto de la edad biológica se refiere a la posición actual del individuo relativo a su índice de ancianidad, el cual varía de especie a especie. Por lo que este hace referencia al estado de degeneración de todo organismo, tomando en cuenta al ser humano desde su concepción, prosiguiendo durante toda la vida y culminando con su muerte (Toro, 1997).

En el transcurso del envejecimiento se presenta una disminución del 25 al 30 % de las células que forman parte de los diferentes órganos del cuerpo humano, lo cual conlleva

a una mayor vulnerabilidad orgánica aumentando el riesgo de contraer enfermedades crónicas y degenerativas (Muñoz Tortosa, 2002).

7.1.3.2 Perspectiva Psicológica

Al analizar algunos de los rasgos de la sociedad actual, podemos referirnos a los aspectos psicológicos del adulto mayor. Ellos se relacionan con la manera que cada individuo enfrenta la realidad de su envejecimiento, la valoración hacia los demás y la forma que tiene de percibirse a sí mismo. Este último es el que permite la propia evaluación en el proceso psíquico conocido como autoestima.

Es probable que estos hombres y mujeres vivan su jubilación o retiro como una situación de pérdida y minusvalía o una especie de marginación social, ya que fácilmente pueden sentir que ya no importan mucho para los demás porque perciben que no cuentan con ellos. Esta pérdida del significado o sentido de la vida se produce cuando el propio ser carece de significación, siendo posible que la persona de la tercera edad caiga en una depresión, ya que su vida tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado.

La pérdida de la capacidad de adaptación al llegar a una edad mayor, se evidencia cuando la persona observa cómo los ambientes a su alrededor van cambiando y cómo algunos le son lejanos o le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo, nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean.

Sin embargo, a esta edad el problema se agudiza, pues viene sazonado con otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación como son las motivaciones o refuerzos sociales, por lo que al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así la agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores podría estar relacionada con este sentimiento inadaptación, el cual se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos (Arce, 2009).

7.1.3.3 Perspectiva Social.

El medio social es un factor determinante cuando una persona ha llegado a una edad avanzada. Así el concepto de jubilación surgiría de la propia sociedad al considerar que un individuo ya no es útil ni productivo. Existen también otros términos relacionados a la edad que se utilizan para discutir el proceso del envejecimiento, donde se acuerda quien será considerado como niño, adulto y anciano (Toro, 1997).

Sabemos que la imagen de la vejez se proyecta en los medios escritos y televisivos enmarcando en su generalidad el maltrato familiar, el abandono del que son objeto los adultos mayores por parte de los allegados a ellos y en algunos casos del estado de indigencia que viven estas personas. Situaciones como el desalojo de sus propiedades

mediante acciones legales o ilegales y la falta de recursos para suplir sus necesidades básicas son vivencias que estas personas experimentan de manera cotidiana.

La condición de pobreza en las personas adultas mayores está marcada por sus precarios estados de salud, retiro de labores productivas a causa de la jubilación, los bajos ingresos que perciben por diversas causas incluyendo las pensiones, el subempleo o el empleo informal y la fragilidad en la conversión de sus activos por causa de crisis emergentes. Estos elementos agravan la condición de dependencia e inseguridad económica que incide directamente en la calidad de vida de estos sujetos. Por estas razones es que los roles sociales de las personas de mayor edad son definidos por la manera en que la sociedad los perciben (DELSCAM, 2010).

Por lo tanto, podemos inferir que existe una interrelación entre los cambios inevitables del cuerpo que se degenera comenzando desde el nacimiento, la forma en que se ajusta a esos cambios y finalmente lo que la sociedad piensa y espera de la población anciana. Por lo que se hace mejor entender el proceso de envejecimiento desde una perspectiva molar entre lo biológico, psicológico y social, ya que existen relaciones causales entre ellos que estarían influyendo entre sí. Es por esto que al afectarse uno de ellos necesariamente involucrarían los otros aspectos (Toro, 1997).

7.2. MUSICOTERAPIA

Antes de profundizar en el acápite de musicoterapia debemos conocer el concepto de música. Brennan (1988) la define como el arte de combinar los sonidos ajustados a la medida de tiempo, bajo una coordinación de notas armónicas que de acuerdo a su composición (la melodía, armonía y el ritmo) tiene la finalidad de agradar al oído de quien la escucha, sin perder sus características de influir en los sentimientos del oyente.

Jean-Jacques Rousseau autor de las voces musicales en L'Encyclopédie de Diderot, citado por (Sanz, 2012) menciona que “la música es el arte de combinar los sonidos de una manera agradable al oído”. Otra definición es la del compositor Claude Debussy, la música es "un total de fuerzas dispersas expresadas en un proceso sonoro que incluye el instrumento, el instrumentista, el creador y su obra, un medio propagador y un sistema receptor" (Sanz, 2012).

7.2.1. Definición de musicoterapia.

Habiendo conocido un poco el término de música pasamos a definir musicoterapia, donde podemos encontrar muchas definiciones en todas las literaturas.

La musicoterapia de acuerdo a Bruscia (2006) es un proceso constructivo mediante el cual el terapeuta puede ayudar al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar; utilizando como fuerza dinámica de cambio un conjunto de experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta.

Juliette Alvin en su libro musicoterapia (1984) señala que “La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el

adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales” citado por (Castro, González, & Aguilera., 1996).

Según el Dr. Rolando O. Benenzon citado por Castro, González, & Aguilera (1996) “La musicoterapia es una especialidad paramédica, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutico que permite establecer claramente una metodología de trabajo, y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas”

Por lo que consideró definir la musicoterapia en dos posibilidades, siendo estas:

- ✚ Desde el punto de vista científico: la Musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los elementos terapéuticos del mismo.

- ✚ Desde el punto de vista terapéutico: La musicoterapia es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad” Benenzon (1981).

A su vez el Profesor Thayer Gastón (1968) define “La musicoterapia como un medio que induce a modificar la conducta de manera suave e insistente pero dinámica a la vez. Asimismo lleva a compartir momentos con los demás, y a tener una conducta

desprovista de temor hacia ellos y, al hacerlo así, permite lograr confianza y satisfacción en sí mismo” (Castro, González, & Aguilera., 1996).

Según la Asociación estadounidense de musicoterapia (*NAMT*): “La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: La recuperación, conservación y mejora de la salud mental y física (Bruscia, 2006).

Al igual, la Federación Mundial de Musicoterapia (*WFMT*) “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 salud física, social, comunicativo, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” (Navarro, 2011)

7.2.2. Antecedentes históricos de la musicoterapia

En la etapa primitiva, la Musicoterapia se relaciona con las principales expresiones musicales. Por lo que se cree que la utilización de la música como terapia hunde sus raíces en la prehistoria, puesto que se sabe que la música está presente en ritos mágicos religioso y de curación.

Sin embargo, los primeros escritos que aluden a la influencia de la música sobre el cuerpo humano son los papiros egipcios descubiertos por Petrie en la ciudad de Kahum en 1889, otros papiros datan de alrededor del año 1500 a.c. y en otros se racionaliza la

utilización de la música como un agente capaz de curar el cuerpo, calmar la mente y purificar el alma. Se atribuía a la música una influencia favorable sobre la fertilidad de la mujer incluso con música de la voz del dios Thot. En el pueblo hebreo también se utilizaba la música en casos de problemas físicos y mentales (Espinosa, 2009).

Fue en la antigua Grecia donde se plantearon los fundamentos científicos de la musicoterapia, los principales personajes de este proceso son: Pitágoras, que hablaba de la relación entre la música, los astros y la forma como se reflejaban en las matemáticas. Además de la utilización de un instrumento para producir notas puras, este desarrollo de conceptos matemáticos permitió explicar la armonía de la música en el universo y en el alma humana, concediendo a la música el poder de restablecer la armonía perdida.

Platón creía en el carácter divino de la música y que esta podía dar placer o sedar. En su obra “La república”, señala la importancia de la música en la educación de los jóvenes y como deben interpretarse una melodías en detrimento de otras. Por otra parte, Aristóteles fue el primero en teorizar sobre la gran influencia de la música con las emociones en los seres humanos y creo la teoría del Ethos, una palabra griega que puede ser traducida como la música que provoca los diferentes estados de ánimo. Esta teoría se basa en que el ser humano y la música están íntimamente relacionados. Esta relación explica que la música no solo influencia en los estados de ánimo sino que también en el carácter. Por lo cual, se estableció un determinado Ethos a cada modo o escala, armonía o ritmo (Espinosa, 2009).

En la Edad Media destacan 2 teóricos. En primer lugar San Basilio, que escribió una obra titulada “Homilía” donde destacaba que la música calma las pasiones del espíritu y modela sus desarreglos. El segundo teórico es Severino Boecio, su obra más importante se llama “De instituciones Música”, donde retoma la doctrina ética de la música que señalaba Platón. La cual explicaba que por su naturaleza la música es consustancial a nosotros, de tal modo que o bien ennoblece nuestras costumbres o bien nos envilece.

Por eso la música es un potente instrumento educativo y sus efectos benéficos o maléficos se explican en función de los modos que se utilizan. Severino Boecio reconoce 3 tipos de música:

- ✓ Música mundana: está presente entre los elementos del universo.
- ✓ Música instrumental.
- ✓ Música humana: la música que tenemos dentro de nosotros (Sanz, 2012).

En el siglo XVIII se empiezan a estudiar más científicamente los efectos de la música sobre el organismo. En este periodo destacan varios médicos, entre estos tenemos: el francés Louis Roger, así como los ingleses Richard Brocklesby y Richard Brown. Este último escribió una obra titulada “Medicina musical” donde estudia la relación de la música con algunas enfermedades respiratorias, descubriendo que cantar perjudicaba en casos de neumonía y de cualquier trastorno inflamatorio de los pulmones.

En el siglo XIX Hector Chonet escribió un tratado titulado “*la influencia de la música en la salud y la vida*” donde analizaba el uso de la música en el tratamiento y prevención de ciertas enfermedades. El psiquiatra francés Esquirol y el médico suizo Tissot no pudieron demostrar el efecto físico que producía la música en sus pacientes, pero indicaban que en mayor o menor medida la música alejaba a los enfermos de sus dolencias, salvo en el caso de los epilépticos donde estaba contraindicada.

Emille Jacques Dalcroze habla de los ritmos musicales y corporales, así como la forma en que interactúan. Mientras Carl Orff habla de la música y su papel en la creatividad y las relaciones sociales (Vallejos, 2010).

En Estados Unidos desde la Primera Guerra Mundial, los hospitales de veteranos contrataban músicos profesionales como ayuda terapéutica, preparando así el camino para la musicoterapia. Un año clave es 1950 cuando se crea la “National Association for Music Therapy” en Estados Unidos y más tarde en 1958 se fundó en Gran Bretaña la “Society For Music Therapy and Remedial Music” cuya principal promotora es la musicoterapeuta Juliette Alvin, actualmente ha cambiado su nombre por el de “British Society for Music Therapy”, buscando reunir la información disponible procedente de distintas partes del mundo, y desempeñarse como consultante o asesora en los múltiples aspectos que interesan al empleo terapéutico de la música (Vallejos, 2010).

A partir de 1958, en la Academia de Música en Viena se crearon cursos especializados para musicoterapeutas. La musicoterapia en España ha sido estudiada con todo lujo de

detalle por Serafina Poch, y en este mismo año se organizó la Asociación Española de Musicoterapia dirigida por Serafina Poch.

El movimiento de asociaciones también llega a Sudamérica tras las primeras jornadas latinoamericanas de musicoterapia en 1968, y después se crean en otros países como Brasil, Uruguay, Perú, Argentina, etc. Pero sin duda alguna, Estados Unidos es el país en donde más se han desarrollado la Musicoterapia, el de más profesionales y en donde hay una especial labor de investigación y un afán por el asociacionismo. La Musicoterapia tiene una consideración social y científica, e incluso el estado llega a financiar programas de rehabilitación.

En 1974 se celebró en París, el primer congreso mundial de musicoterapia. Desde este momento, el movimiento y desarrollo de la musicoterapia ha tenido un gran crecimiento. Por lo tanto la musicoterapia comienza a considerarse una rama de la medicina alternativa (Sanz, 2012).

7.2.3. Clasificación de musicoterapia

La clasificación de musicoterapia en cuanto a la metodología de abordaje terapéutico puede ser activa o pasiva.

7.2.3.1. Musicoterapia activa

En esta modalidad, el participante es sujeto activo de su propio proceso terapéutico. La misma conlleva una acción externa visible como cantar, tocar un instrumento o bailar. El

participante interpreta o crea la música y el terapeuta le acompaña en ese proceso con instrumentaciones, danzas, canciones, dramatizaciones, etc.

Dentro de esta categoría de Musicoterapia activa se encuentra la improvisación musical. Improvisar no es una actuación descontrolada, sin normas ni patrones, más bien se refiere a un intercambio entre experiencias aprendidas y nuevas impresiones.

La improvisación la realizan los participantes de la sesión con diferentes instrumentos, la voz o la danza y el musicoterapeuta trata de reflejar y apoyar esas propuestas, con un instrumento polifónico (guitarra, piano, acordeón) y su propia voz. La improvisación musical es una exploración de emociones, sentimientos, intuiciones, plasmados musicalmente en este caso. Es alejarnos del terreno conocido y zambullirnos en un espacio nuevo, desconocido, inexplorado, donde la inmediatez es nuestra aliada.

Por lo tanto la improvisación musical, es un recurso inmediato. Es, en un principio, recoger los conocimientos acumulados y recordar las normas, técnicas y recursos adquiridos durante nuestra historia, lo que podríamos traducir como etapa de percepción, donde la música que escuchamos nos va evocando recuerdos, sensaciones y experiencias vividas musicales o no.

Hay un "toma y daca" continuo donde no hay paciente ni terapeuta, maestro o alumno, hay dos personas comunicándose en el terreno de lo no verbal, en este caso musical. Esta es la ventaja de la utilización de la música como herramienta terapéutica. (Herrero, 2003).

7.2.3.2. Musicoterapia pasiva

En la musicoterapia pasiva, el participante realiza un proceso de escucha de la música grabada o en vivo que el terapeuta propone. No implica una acción física o externa por parte del paciente sino que consiste en audiciones musicales que conducirán al sujeto por diferentes estados emocionales dependiendo de las necesidades de éste, repercutiendo también en el plano físico.

Un ejemplo es la utilización de los sonidos ricos en armónicas que son muy beneficiosos para el cuerpo humano, especialmente los producidos por la voz (canto gregoriano y canto de armónicos) y por instrumentos como el didjeridú o los cuencos tibetanos.

Algunos de los modos en que el sonido de los cuencos tibetanos y el canto de armónicos pueden ayudar, serían:

- ✓ Aliviar el estrés y la ansiedad.
- ✓ Mejorar la concentración.
- ✓ Mejorar la creatividad.
- ✓ Equilibrio de los hemisferios cerebrales.
- ✓ Estímulo de la actividad de las ondas alfa o meditación profunda.

Los orígenes del canto armónico se sitúan en Asia central, donde ha sido practicado desde hace siglos por chamanes de Mongolia, Tuvá y el Tíbet. También se ha convertido en una bella forma de expresión musical, tratándose de una técnica vocal mediante la cual una sola persona canta dos, tres y hasta cuatro sonidos simultáneos.

Empleando el máximo de resonadores posible dentro del cuerpo y el cráneo, es posible amplificar los armónicos (los tonos parciales que componen la voz) o sobre tonos del tono fundamental que se está cantando. Esos armónicos se perciben como tonos por encima del bordón bajo (nota fundamental de la voz) en forma de tonos nítidos similares al sonido de una flauta o al tintineo de unas campanas (Herrero, 2003).

Los cuencos tibetanos están compuestos por una aleación de siete metales. Cuenta la tradición que cada uno de ellos está relacionado con distintos astros de nuestro sistema solar:

- ✓ Oro - Sol
- ✓ Mercurio - Mercurio
- ✓ Cobre - Venus
- ✓ Estaño – Júpiter
- ✓ Plata – Luna
- ✓ Hierro – Marte
- ✓ Plomo - Saturno

Los detalles exactos del proceso artesanal se han perdido pero, tradicionalmente, se utilizaban para la meditación y la sanación física. La mezcla característica de resonancias armónicas se utiliza como herramienta de vibración para reducir el estrés y efectuar una sanación espontánea. Es un medio efectivo para cambiar la conciencia desde el estrés cotidiano hacia un estado de paz y de meditación expansiva.

Todo esto ocurre, fundamentalmente, porque por medio de estos sonidos es posible cambiar los ritmos cardíaco y respiratorio así como las ondas cerebrales para conseguir un aumento de creatividad y una sensación de paz (Herrero, 2003).

7.2.4. Métodos de musicoterapia

Según (Bruscia, 2006) considera la existencia de 4 métodos principales de la musicoterapia que son improvisación, re-creación, composición y receptiva, en las cuales se encuentra sub categorías que se estarán desarrollando.

- **Experiencia de Improvisación:** en esta el participante crea música al cantar o tocar un instrumento, creando espontáneamente la melodía, el ritmo, la canción o la pieza instrumental. Esta puede ser una improvisación individual o grupal. En esta se puede utilizar cualquier medio dentro de las posibilidades por ejemplo: la voz, los sonidos del cuerpo, instrumentos de percusión, de cuerda o de viento, teclados.

Existen los diferentes tipos de improvisación:

Iniciando con la *Improvisación no referencial* que le permite al sujeto improvisar con un instrumento musical sin referencia alguna, además de los sonidos y la música, es decir, el sujeto improvisa por sí mismo.

En esta *Improvisación referencial* el individuo improvisa con un instrumento para retratar en sonidos algo no musical (un sentimiento, una idea, una imagen, una persona, un acontecimiento, una experiencia, etc.).

En la *Improvisación con canciones* el participante improvisa la letra, la melodía o el acompañamiento de una canción.

La *Improvisación vocal no referencial* el sujeto improvisa una pieza bocal sin palabras o imágenes.

Esta *Improvisación corporal* le permite al participante improvisar haciendo varios sonidos percutiendo el cuerpo (palmear, aplaudir, frotar, etc.)

En la *Improvisación con medios mixtos* el participante improvisa utilizando la voz, sonidos corporales, instrumentos o cualquier combinación de fuentes de sonidos.

Las *Improvisaciones dirigidas* permiten al individuo crear una improvisación dando algunas directivas a uno o más improvisadores. (Bruscia, 2006).

- **Experiencias Re-creativas:** el sujeto aprende o ejecuta música vocal o instrumental compuesta previamente, o reproduce cualquier forma musical que se presenta como modelo.

De igual forma podemos conocer las siguientes categorías:

En la *Re-creación instrumental* el sujeto puede participar en cualquiera de las experiencias como tocar un instrumento de un modo señalado, tocar leyendo algún tipo de anotación, ejecutar piezas instrumentales previamente compuestas, ensayar con un conjunto instrumental, tomar clases privadas, realizar tareas de imitación con un instrumento o tocar una parte instrumental junto con una grabación.

Recreación vocal el sujeto puede participar en cualquiera de las siguientes actividades de vocalizar, cantar leyendo música, cantar canciones, cantar composiciones vocales, hablar cantando, ensayar con un coro, tomar clases de canto, imitar con la voz o aprender melodías, cantar al unísono con canciones grabadas.

En las *producciones musicales* el sujeto participa en la planeación y en la ejecución de una obra musical, recita u otro tipo de producción musical que involucre a un público. (Bruscia, 2006).

- La **Experiencia de Composición** permite ayudar a los participantes a escribir canciones, letras o piezas instrumentales o crear algún tipo de producto musical como videos musicales o grabaciones en audios.

Las siguientes son categorías de experiencia de composición:

En las *Parodias de canciones* los participantes cambian las palabras, las frases o las letras completas de una canción mientras conserva la melodía

Escribir canciones, en esta la persona compone una canción original o algún aspecto de ella (la letra, la melodía, el acompañamiento, etc.) con niveles variables de asistencia técnica por parte del terapeuta. El proceso incluye algún tipo de notación o de grabación del producto final.

La *Composición instrumental* los participantes componen una pieza instrumental original o alguna parte de esta (la melodía, el ritmo o acompañamiento) con niveles variables de asistencia técnica de parte del terapeuta. Este proceso incluye alguna forma de notación o de grabación del producto final.

En las *actividades de notación* el individuo crea un sistema de notación y luego compone una pieza utilizándolo o anota una pieza ya compuesta.

En los *Collage musicales* la persona selecciona una secuencia de sonidos, canciones, música y fragmentos con el fin de producir una grabación que explore cuestiones autobiográficas o terapéuticas (Bruscia, 2006).

- **Experiencias receptivas:** en estas la persona escucha música y responde a la experiencia en forma silenciosa, en forma verbal o en alguna otra. La música utilizada puede ser improvisaciones en vivo o grabadas, ejecuciones o composiciones hechas por la persona o el terapeuta, grabaciones en varios estilos (clásica, rock, jazz, folklórica, new age).

La experiencia de escucha puede focalizarse en los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, estéticos o espirituales de la música y las respuestas de los participantes son diseñadas según el propósito terapéutico de la experiencia.

En la *Escucha somática* se da el uso de vibraciones, sonidos y música en diversas formas elementales o combinadas para influir directamente en el cuerpo del sujeto y en su relación con otros aspectos del mismo. Los subtipos incluyen:

- ✓ *Acople (intrainment)* en el cual se da el uso de vibraciones, sonidos y música en varias formas elementales y combinadas para establecer una sincronía en las respuestas corporales autónomas y voluntarias entre el sujeto y la música, en las diferentes partes del cuerpo del individuo y entre los participantes entre sí. Los estímulos que se usan pueden provenir de grabaciones o pueden ser creados por el terapeuta o el participante, empleando instrumentos o la voz.

- ✓ *Resonancia (entonar)*: se hace uso de vibraciones, sonido y música en diversas formas elementales y combinadas para hacer vibrar partes del cuerpo del participante en varias frecuencias o patrones de frecuencias y para establecer vibraciones armónicas entre el estímulo y el participante.
- ✓ *Música vibro acústica*: La administración de frecuencias vibratorias al cuerpo de la persona mientras escucha música, o la aplicación de patrones vibratoriales de música directamente sobre el cuerpo del participante (acupuntura musical).
- ✓ *Retroalimentación musical*: permite el uso de música para brindar momento a momento retroalimentación auditiva sobre las funciones corporales autónomas (la presión sanguínea, el latir del corazón, los niveles hormonales, la secreción glandular, entre otros). Tiene como propósito facilitarle al participante el uso de la tecnología de biofeedback, y darle así la posibilidad de tener mayor conciencia y control del cuerpo. La música también puede utilizarse para facilitar el proceso de relajación con biofeedback.

Anestesia musical, está permite escuchar música para profundizar los efectos anestésicos o analgésicos, para inducir insensibilidad al dolor sin anestesia, reducir o controlar el dolor y disminuir la ansiedad asociada al dolor.

La *relajación musical* facilita escuchar música para reducir el estrés y la tensión, reducir o contrarrestar la ansiedad, inducir la relajación corporal o facilitar el ingreso en estados alterados de conciencia.

En la *escucha meditativa* se da el uso de la música para asistir en la meditación o en la contemplación de una idea en particular. La música puede ser grabada o creada en directo por el participante o terapeuta y utilizada como fondo o primer plano de la experiencia.

La *Escucha subliminal* permite el uso del sonido de la música para encubrir la transmisión de mensajes y sugerencias verbales subliminales a la mente inconsciente.

La *escucha estimulante* se da al escuchar música para estimular los sentidos, despertar la atención, establecer orientación en la realidad o contacto con el medio ambiente, aumentar el nivel de energía, estimular la actividad sensomotora, intensificar las percepciones sensoriales y el estado de ánimo.

Escucha euritmica en esta se da el uso de la música para organizar y monitorear los comportamientos del participante, incluyendo el habla, la respiración, las secuencia de movimientos gruesos y finos, ejercicios físicos y pasos de danza formales.

En la *escucha perceptual* se da el uso de ejercicio musical para mejorar habilidades de atención auditiva, percepción, discriminación y conservación, así como la relación entre la audición y otras modalidades perceptivas.

La *escucha activa* permite el uso de letras de canciones musicales para provocar conductas específicas (movimientos, actividades de la vida cotidiana, respuestas verbales).

Escucha Contingente, utiliza la escucha musical como un refuerzo contingente para el cambio de conducta.

En la *escucha proyectiva* el terapeuta presenta sonidos o música y pide al participante que lo identifique, lo describa, los interprete o los asocie libremente a través de medios verbales o no verbales.

Escucha imaginativa: es el uso de la escucha musical para evocar y apoyar procesos imaginarios o experiencias interiores, mientras se está en un estado alterado de conciencia.

La *auto escucha* le permite a la persona escuchar una grabación de su propia improvisación, interpretación o composición, para reflexionar sobre si y la experiencia (Bruscia, 2006).

7.2.5. La naturaleza esencial de la intervención en musicoterapia.

Es importante tratar la naturaleza única de las intervenciones en musicoterapia, en las cuales el terapeuta y la música funcionan en conjunto para ayudar a la persona. Lo que se halla en la combinación de los tres elementos que diferencian a la musicoterapia de otras modalidades:

- *El sonido*: la musicoterapia se centra en el sonido. Hace énfasis en la modalidad sensorial de escuchar; está orientada al oído, la mayoría de las intervenciones empleadas se encuentran centradas en la producción o la recepción del sonido, en particular en la forma de sonidos musicales.

La musicoterapia es una experiencia sonora. En las formas “activas” de la musicoterapia, cuando los “clientes” tocan, improvisan o componen música, ellos

expresan sus problemas y exploran sus recursos a través del sonido, elaboran sus conflictos en él, desarrollan relaciones y encuentran una solución y satisfacción a través del mismo sonido.

En las formas receptoras de la musicoterapia, los participantes escuchan música, ellos reciben el sonido en sus cuerpos, aprenden los sonidos en su psique, se escuchan así mismos en el sonido, en el mundo de otros, reviven y recuerdan experiencias en el sonido, etc. (Bruscia, 2006).

- *La belleza:* La musicoterapia se centra en la belleza. Esto significa que el contexto para la experiencia del sonido en la musicoterapia siempre es de tipo estético, pues siempre está motivado por la búsqueda de la belleza y el significado que la belleza le da a la vida a través de la música.

Esencialmente se ocupa de la belleza y el sentido, y su misión principal es ayudar a las personas en su viaje a la plenitud (Bruscia, 2006).

- *La creatividad:* La musicoterapia se centra en la creatividad. Los sonidos llegan hacer bellos y significativos a través del proceso creativo. Cuando una persona escucha o crea música es creativo con sonidos, explorando las diferentes formas en que estos pueden ser arreglados, percibidos e interpretados, por lo que se puede decir que la mera participación de la persona en musicoterapia requiere el proceso creativo.

Tanto la terapia como el proceso creativo implican examinar algo con detalle, identificar problemas y desafíos, explorar alternativas y opciones, jugar con todos los recursos que se tienen a mano, probar que es lo que funciona mejor para resolver el problema, seleccionar alternativas adecuadas y después organizar todas las decisiones en un producto o resultado que es tanto bello como significativo (Bruscia, 2006).

Sin olvidarnos que en la primera etapa del proceso terapéutico es importante apoyar la expresión y la participación musical de los participantes para aumentar el sentido de identidad del grupo y de pertenencia al mismo. En su rol activo, el musicoterapeuta participa en la experiencia musical promoviendo el contacto con la música suscitando que los pacientes "sientan y hagan música".

7.2.6 Principios fundamentales de la musicoterapia.

Por lo que respecta a los principios de la musicoterapia, los distintos autores subrayan diferentes aspectos de la misma. Analizados en su conjunto, podrían resumirse en:

Principio del “ethos” griego: la teoría griega del “ethos” sostiene que la música tiene estos ethos, y que influye en el estado anímico del hombre. En relación con esto, hay que recordar que Platón atribuía la concordancia de los sonidos (percepción acorde o desacorde) a su concordancia o no con la persona. Citado por (Sánchez, 2007).

Principio holístico: Altshuler (1953) trasladó la teoría de W.WHYTE a la musicoterapia, subrayando su valor holístico; es decir, su acción global sobre el organismo. Desde esta perspectiva, la música repercute en la globalidad o totalidad del organismo, si bien diferencialmente, conforme al fragmento o pieza musical de que se trate. El organismo humano es un todo compacto y unitario (cuerpo y alma se influyen recíprocamente), lo cual fue referido por (Sánchez, 2007).

Principio homeostático: conforme a este principio, la música y todas las artes contribuyen de alguna manera a la homeostasis social, intelectual, estética, etc. del individuo, a su equilibrio personal. Así, por ejemplo, el ritmo y la melodía regulan la agresividad de las personas (Sánchez, 2007).

Principio de ISO: este término (que significa “igual” en griego) fue acuñado por Benenzon para indicar la idea de que existen sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracterizan e individualizan. El ISO contiene nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras, desde el principio hasta nuestros días. Es un elemento dinámico que, perceptualmente hablando, reúne pasado y presente. Conforme a este principio, para producir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente debe coincidir el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro musical ejecutado por el terapeuta o de la música escuchada (Benenzon, 1981) siendo referido por Sánchez (1998).

Esta identidad entre música y estado de ánimo / tempo mental de paciente, es algo sobre lo que ya trabajo Altshuler, constatando que mientras los *sujetos deprimidos* (con un tempo mental lento) eran estimulados o respondían mejor a la música triste (tempo lento, andante) los *maníacos* lo hacían a la alegre (tempo rápido, allegro).

Este principio de identidad sonora es fundamental en musicoterapia. Viene a decir que cada individuo se comunica y manifiesta conforme a un tempo mental según sus vivencias acústicas, instrumentales, infantiles, familiares y socioculturales.

Considerando que el ISO es la Identidad Sonora del total de energías que constan de sonidos, movimientos, olores, colores, emociones, temperatura, tacto, pausas, silencios y otras percepciones no reconocibles, que caracterizan a cada individuo y lo distinguen de los demás.

Según BENENZON INTERNATIONAL ACADEMY (2015) se distinguen las siguientes especies de ISO:

- ✓ El **ISO Gestalt** es la identidad Sonora del propio individuo que está influenciada durante el periodo de gestación, la herencia genética, el ecosistema y el entorno social, siendo característico de cada persona (por ej.: las palabras, el canto, el susurro de la voz de la madre, son vitales para el embrión en gestación y forman parte del ISO gestáltico).

- ✓ El **ISO Cultural** es la combinación de energías condensadas en el preconsciente que caracterizan a la cultura en la que una persona ha crecido. Producto de la configuración global de la que el individuo y su grupo forman parte (por Ej.: los sonidos del teléfono, la radio o la televisión).
- ✓ El **ISO complementario**, vinculado a los cambios que se operan cada día o en cada sesión musicoterapéutica, por efecto de las circunstancias ambientales y dinámicas.
- ✓ El **ISO Universal** es el arquetipo físico-sonoro-musical real que consta del legado ontogenético y filogenético que caracteriza a todos los seres humanos. En este se identifica a todo los seres humanos con independencia del contexto sociocultural, histórico y psicofisiológico (por Ej.: Los latidos del corazón o los sonidos de la inspiración/expiración).
- ✓ El **ISO Grupal** es la combinación y la dinámica del sonido, energías motrices y pausas que caracterizan a un grupo concreto durante la evolución interactiva. Hace referencia a la identidad cambiante que se forma por las energías de los ISOS gestálticos, universales, y culturales de un grupo de individuos que comparten los mismos objetos intermediarios, las mismas circunstancias, y que utilizan canales de comunicación semejantes.

Principio del objeto intermediario, citado por Sánchez (2003) considerándolo por objeto intermediario, entiende Benenzon (1989) “*un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente, mediante la relación, sin desencadenar*

estados de alarma intensos”. En este sentido, el objeto intermediario no es sino aquello a través de lo cual se establece la relación, la comunicación, el vínculo (por Ej.: los instrumentos musicales y sonidos, la voz humana, son objeto intermediarios).

Principio hedonista o del placer, conforme a este principio, el individuo se siente atraído por la experiencia placentera de la música y los sonidos. En este sentido, el placer estético se produce por la proyección del individuo en la música y su identificación con los sentimientos que de ella emanan.

Principio de compensación, este principio de compensación viene a subrayar el hecho de que a través de la audición y la practica instrumental, las personas buscan y eligen aquella música capaz de suplir sus carencias en un momento dado. Por ejemplo, cuando estamos tristes y queremos animarnos, elegimos una música alegre (acorde con el estado que queremos conseguir), citado por (Sánchez, 2007).

7.3. DEPRESIÓN

7.3.1 Definición de depresión

Como seres humanos es común experimentar eventualmente sentimientos de tristeza y desolación. También lo es verse afectado por las experiencias en el transcurso de la vida tales como una enfermedad física grave, la pérdida de un ser querido, la pérdida de un empleo, un divorcio, etc.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la depresión es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Otra definición es la que brinda la Organización Mundial de Salud (OMS, 2017) que considera la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

7.3.2. Prevalencia de la depresión

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) la prevalencia de depresión es aproximadamente del siete por ciento con notables diferencias entre los grupos de edad. La prevalencia entre los sujetos de 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser entre 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres.

7.3.3. Comorbilidad de depresión

Otros trastornos con los que el Trastorno Depresivo Mayor se asocia con frecuencia son los Trastornos Relacionados con Sustancias, el Trastorno de Pánico, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastorno Límite de Personalidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

7.3.4. Criterios para el diagnóstico de depresión

La depresión es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

Los criterios que a continuación se describen son los que brinda la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V-TR) donde la gravedad de los episodios se basa en el número de síntomas, tipo de intensidad de los mismos y el grado de deterioro funcional:

- A. “Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presente durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) Estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva, o de la observación por parte de otras personas.
 2. Disminución importante de pérdida de interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

✚ Otro trastorno depresivo no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

7.3.5. Teorías que explican la depresión

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión, por lo cual a continuación se dan a conocer algunas aportaciones teóricas que la explican.

7.3.5.1. La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que la persona que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza, se establece una retroalimentación positiva. Considerando que estas personas se pueden enfrentar con una característica como es no tener fuerzas para hacer nada, llegando a expresar que cuando se mejore de la depresión, se siente bien será cuando pueda salir y hacer las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle a la persona lo contrario

como decirle que cuando llegas a moverte te producirá más refuerza, llegando a sentirte muy bien y con más ganas de seguir (Higuera, 2013).

Según el conductismo es de importancia que el adulto mayor refuerce constantemente las conductas positivas porque tienden a extinguirse de manera gradual, pudiendo llevarles una pasividad, desmotivación y finalmente a la depresión (Muñoz Tortosa 2002).

7.3.5.1. La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar, es decir, la emoción y la sensación asociada.

Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe. Una vez

que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún intento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad.

Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar (Higuera, 2013).

Desde la teoría cognitiva de Aarón Beck, considera la depresión como un trastorno del pensamiento que provocaría una distorsión de la realidad, llevándole al individuo a infravalorarse y percibir sus experiencias pasadas, presentes y futuras en forma negativa y errónea a pesar que no exista ningún indicador que lo confirme (Lega, Caballo, & Ellis, 2002).

7.3.5.3 La indefensión aprendida de Seligman

Seligman estudio los efectos que producían en animales una serie de choques eléctrico inescapables. Los que desarrollaban un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes a los de la depresión, fenómeno que nombro como desamparo o indefensión aprendida. Por lo que dice que estas conductas se desarrollan solo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva. Aplicó este modelo a la conducta humana y postulo la perdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad.

Abramson, Seligman y Teasdale postularon que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas. Al experimentar una situación incontrolable las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si la explicación se atribuye a factores internos se produce un descenso de la autoestima. Si se atribuye a factores estables provocaría expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras, y en consecuencia los déficit depresivos se extenderían en el tiempo. Si se atribuye a factores globales provocaría la expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones y la generalización a otras situaciones.

La internalidad, estabilidad y globalidad explicarían los 3 primeros problemas, pero no el cuarto. Postularon un factor motivacional: la depresión sólo ocurriría si la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo. Señalaron la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el estilo atribucional depresógeno (tendencia atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales)

Desde la teoría de Erickson (Integridad del Yo, Vs Desesperación) está considera que son más propensos a sufrir depresión aquellos adultos mayores que no logren encontrar una auto evaluación positiva de su vida, por lo que se sentirían desdichados, y con desesperación debido a pensar que no lograron lo que desearon (Santrok, 2006).

7.3.5.4. Teoría biológica.

La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión que tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos (Higuera, 2013).

Algunas formas de la depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares.

Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión (Baena, Sandoval, Urbina, Juarez, & Villaseñor, 2005).

7.3.6 Depresión en los adultos mayores

La depresión es una enfermedad mental, considerada como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La depresión es el síndrome patológico más frecuente durante la vejez, cuya explicación se atribuye a componentes endógenos o etiología orgánica, junto a

manifestaciones orgánicas como el insomnio, estreñimiento, falta de apetito, etc. Dicho trastorno es frecuentemente pasado por alto, confundiéndose con manifestaciones clínicas de patologías de otra índole tales como hipertensión, complicaciones lumbares, niveles de azúcar, entre otros; lo que provoca que antes de recibir atención psicológica o psiquiátrica, sean referidos a varios especialistas sin resultados favorables (Roche, Feria y Caballero, 1998).

Sin embargo, es importante destacar que la depresión no es necesariamente un síntoma característico del envejecimiento. Este trastorno está relacionado con el contexto social en el que interactúa el sujeto. Orientándolo al aislamiento, lo que no implica justamente que el anciano sea apartado de su grupo primario, sino que eventualmente el establecer nuevas relaciones significativas y abordar nuevas amistades se le dificulta significativamente (Preciado, 2011).

7.3.6.1 Causas de la depresión en los adultos mayores

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- ✓ Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad.
- ✓ Dolor o padecimiento crónico
- ✓ Hijos que dejan el hogar
- ✓ Cónyuge y amigos cercanos que mueren

- ✓ Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o moverse).
- ✓ La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:
 - Trastornos tiroideos
 - Mal de Parkinson
 - Cardiopatía
 - Cáncer
 - Accidente cerebrovascular
 - Demencia (mal de Alzheimer)

El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión (Instituto Nacional de Salud (E.E.U.U.), 2016).

7.3.6.2. Síntomas de la depresión

Muchos de los síntomas usuales de depresión se pueden ver reflejados en las personas. Sin embargo, la depresión en los ancianos puede ser difícil de detectar.

Los síntomas comunes como:

- ✓ Fatiga
- ✓ Inapetencia
- ✓ Problemas para dormir.

Los cuales pueden ser también parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado de esto, la depresión temprana puede ser ignorada

o confundida con otras afecciones que son comunes en los ancianos (Instituto Nacional de Salud (E.E.U.U.), 2016).

7.3.6.3. Tratamientos para la depresión

Los primeros pasos del tratamiento son:

- ✓ Tratar cualquier padecimiento que pueda estar causando los síntomas.
- ✓ Suspender cualquier medicamento que pueda estar empeorando los síntomas.
- ✓ Evitar el alcohol y los somníferos.

Si estas medidas no sirven, también existen muchos tratamientos para tratar la depresión por lo que a continuación se darán a conocer, como son los tratamientos farmacológicos y los tratamientos cognitivo conductuales.

7.3.6.3.1. Tratamientos farmacológicos.

Se han empleado distintos fármacos antidepresivos como los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, los antidepresivos y los más modernos que actúan aumentando la disponibilidad de los principales neurotransmisores que intervienen en la depresión.

Respecto a la pregunta de si es o no necesaria la psicoterapia cuando se está en tratamiento farmacológico, hay que tener en cuenta que nuestros neurotransmisores están al servicio de nuestra conducta. Por eso, en los casos en que haga falta el tratamiento de la depresión con medicación, hay que ayudar a la medicación con nuestra conducta. Por otra parte, en el caso de una depresión causada por las

circunstancias, si no cambia nuestra conducta, tendremos que estar tomando medicación toda la vida y, si nos empeñamos, conseguiremos poner los neurotransmisores de forma que nos permitan hacer lo que deseamos (Higuera, 2013).

7.3.6.3.2. Tratamientos Cognitivo Conductuales

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

- ✓ Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- ✓ Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
- ✓ Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.
- ✓ Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales.

Las perturbaciones emocionales consisten en poner a prueba los supuestos irracionales desadaptativos, llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado, de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto, se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas en base a los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos el entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta. La intervención irá completada de técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos (Higuera, 2013).

VIII. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cómo influye la musicoterapia en el estado depresivo de los adultos mayores del hogar San Antonio?
2. ¿Qué resultados se evidencian en la intervención musicoterapéutica en los estados depresivos del adulto mayor en el hogar San Antonio?

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Enfoque de investigación.

La presente investigación se clasifica por su enfoque de trabajo como **mixto**, ya que representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Sampieri, 2010).

9.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación es de índole **Experimental**, por el hecho de efectuar la intervención de una variable denominada independiente, con el propósito de obtener resultados en otra variable denominada dependiente. En este sentido, por el grado de manipulación de las variables el experimento se clasifica como **“Experimento Puro”**, ya que reúne los dos requisitos para lograr el control y la validez interna:

1. Grupos de comparación (manipulación de la variable independiente)
2. Equivalencia de los grupos.

Estos diseños llegan a incluir una o más variables independientes y una o más dependientes.

Asimismo, pueden utilizar pre-pruebas y pos-pruebas para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. La post-prueba es necesaria para determinar los efectos de las condiciones experimentales (Wiersma y Jurs, 2008).

9.3 Temporalidad

El estudio es de corte transversal, pues se lleva a cabo en un lapso de tiempo determinado (Enero-febrero 2017), siendo el propósito de este, describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

9.4 Universo

El universo de la investigación está constituido por 42 adultos mayores habitantes del hogar “San Antonio” del Departamento de Masaya.

9.5 Población

La población consta de 20 adultos mayores habitantes del asilo San Antonio del Departamento de Masaya.

9.6 Muestra

La muestra utilizada en este estudio es de 16 adultos mayores, estos cumplen con los criterios requeridos en la investigación, esta muestra se divide en dos grupos: Experimental (8 sujetos) y Control (8 sujetos).

9.7 Tipo de muestreo

Esta investigación contiene un tipo de muestreo aleatorio sencillo, esta técnica implica la selección al azar de una lista de la población, en ella se asegura que cada persona tenga la misma oportunidad de ser incluida en la muestra (PATH, 2007).

Para la selección de la muestra en la división de los grupos se utilizaron los siguientes criterios:

9.7.1 Criterios de inclusión

- Residentes del hogar San Antonio del departamento de Masaya.
- Que no presenten ninguna patología psiquiátrica.
- Que su estado físico les permita participar en actividades grupales.
- Estén dispuestos a participar en el grupo.

9.7.2 Criterios de exclusión

- No residen en el hogar San Antonio del departamento de Masaya.
- Que presenten alguna patología psiquiátrica.
- Que su estado físico no les permita participar en actividades grupales.
- Que no estén dispuestos a participar en el grupo.

9.8 Diseño del estudio

Para nuestra investigación se hace uso y elección del diseño experimental “**Puro**”, el cual consta de la conformación de dos grupos:

- 1) Grupo experimental (este se verá influenciado por la variable independiente).
- 2) Grupo control (no estará sometido a la manipulación de la variable independiente).

Este diseño es electo por las características que brinda, ya que se adecuan al respectivo tema de investigación, es importante mencionar que como regla indispensable se mantuvo la aleatorización en los grupos, es decir cada miembro del grupo fue electo al azar asegurando el sentido de equivalencia e igualdad en ambos grupos (Sampieri, 2010).

9.8.1 Control de las variables.

Para lograr que el experimento no se viera afectado ante diversos hechos que pudieran darse. Se anticipó el reconocimiento e identificación de todos aquellos elementos que pudieran interferir en el proceso de la investigación, para ello se buscaron posibles soluciones ante estos mismos.

9.8.1.1 Variables extrañas

Para lograr *control* en un experimento es importante contener la influencia de otras variables extrañas en las variables dependientes, para así saber en realidad si las variables independientes que nos interesan tienen o no efecto en las dependientes (Sampieri, 2010). Una de las variables detectadas que se piensa, podría presenciarse es la “Deserción”, siendo esta una variable extraña que no puede ser controlada por las investigadoras, pues uno de los requisitos fundamentales para el estudio es la voluntariedad.

9.8.1.2 Ambiente del experimento

El contexto o Lugar donde se realizó el experimento, fue uno de los primeros detalles a resolver, ya que para llevar a cabo estas sesiones se necesitó un espacio amplio y privado, para ello se constó con el apoyo de la encargada del asilo “San Antonio”, brindando el espacio de una sala de medios donde se encuentran 4 mesas grandes, 5 sillones de sofá, 3 sillas, un televisor, una grabadora, con un ambiente tranquilo, cerrado, adecuadamente iluminado, consta de una sola puerta y dos ventanas grandes.

Debido a las condiciones físicas de los adultos mayores, se deberá llevarles de manera individual a la sala, ya que de manera independiente ciertos no lograrán llegar hasta el sitio establecido.

9.8.1.3 Selección musical

Se indaga de gustos musicales para una mejor atención, concentración y escucha activa de la música a aplicar, ya que si la música aplicada no era de su agrado escuchar, difícilmente se lograría la colaboración de los participantes.

9.8.1.4 Horario y frecuencia de las sesiones

Se estableció un horario de actividad por encuentro; el cual fue de (10:00am- 10:40am) y se le entregó a la encargada del asilo, así no se presentaran otras actividades que irrumpieran la aplicación de la musicoterapia (tales como: actividades religiosas, grupo de jóvenes solidarios, o cualquier otra institución).

9.9 Operacionalización de variables

Para el procedimiento de Operacionalizar variables, se determinaron las variables independientes (es aquella que influye en la variable dependiente) y dependientes (es aquella que no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella), con el fin de establecer la relación entre estas y ser comparadas entre el grupo experimental y control (ver anexo pág. 112)

9.9.1 Variables dependientes

La variable dependiente de esta investigación es: el Estado depresivo de los participantes, el cual fue medido cuantitativamente con la escala de Yesavage y cualitativamente con el diario de campo y entrevista final.

9.9.2 Variables independientes

Para el estudio se eligió como variable independiente: musicoterapia, debido a que es esta la técnica que se pretende influya en la variable dependiente.

9.10 Procedimiento para la recolección y análisis de datos

Para la recolección de la información en este proceso investigativo, estuvo constituida por diferentes fases propuestas por Sequeira (2000) las cuales se abordaran en este acápite:

9.10.1 Fase exploratoria

Para iniciar este proceso de investigación, fue necesario primordialmente identificar diversas problemáticas psicosociales y a la vez realizar un análisis de cada una de ellas, lo cual dejó como resultado nuestra decisión unánime respecto al tema “Influencia de la musicoterapia en estados depresivos del adulto mayor, en el hogar San Antonio del departamento de Masaya”. Aprovechando la oportunidad de que una de las investigadoras reside en esta ciudad, se pudo tener acceso directo con la encargada del asilo, y ella nos facilitó la entrada a la institución para poder llevar a cabo el estudio monográfico.

Una vez seleccionado el tema de investigación, se inició la búsqueda intensiva de información bibliográfica en el Centro de documentación del Departamento de

Psicología de la UNAN-Managua, en la Biblioteca Salomón de la Selva de la misma universidad y en la biblioteca de la Universidad Centro Americana (UCA), pero no se obtuvo información de este temas, pues según lo recolectado es un tema poco estudiado a nivel de país. Se encontraron ciertos estudios relacionados al tema, estos pertenecientes a países extranjeros; los cuales se plantean en el acápite de antecedentes.

9.10.2 Fase de planificación

Una vez delimitado nuestro tema de investigación se procedió a la elaboración de los objetivos de la misma, luego se procedió a la elaboración justa y precisa del planteamiento del problema, justificación y marco teórico que es el fundamento del proceso de investigación. Luego se procedió a la selección de los métodos y técnicas para la recolección y análisis de la información.

9.10.3 . Fase de inicio del estudio

Una vez seleccionados los instrumentos a utilizar se procedió a visitar nuevamente el asilo en donde se planeaba realizar el estudio y lograr conversar nuevamente con la religiosa encargada de la institución para poder enseñarle la propuesta de plan de trabajo con los adultos mayores del asilo. Así mismo se brindó una copia del plan musicoterapéutico, este a fin de conservar las fechas y horas establecidas en dicho plan, para poder llevarlo a cabalidad y no vernos en la situación de cancelar las sesiones por otras actividades ajenas a nuestro trabajo. Para evitar esto se obtuvo una

reunión con la encargada del asilo y se llegó al acuerdo de un horario fijo (Viernes a las 10:00am) de trabajo con el grupo experimental de ancianos en el hogar.

9.10.4 . Fase de recolección y análisis de datos

Una vez establecido el grupo de trabajo se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados para la recopilación de la información, los cuales se detallan a continuación:

1. Aplicación la escala de depresión geriátrica de Yesavage, a fin de valorar la depresión en personas adultas mayores. La ventaja de este test es que no se centra en molestias físicas, si no en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo (Brink TL, 1982). Para esta aplicación se utilizó la versión de 15 ítems, modificada por Aguado C y Cols (2000), esto a fin de que sea el sustento del test y post-test de nuestra investigación.
2. Se elaboró un diario de campo en el cual se registraba el comportamiento de los (las) participantes ante las sesiones musicoterapéuticas. Además nos apoyamos en la observación directa como segunda herramienta de recolección de datos, en la cual se describe de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Nos permite contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde) (Sampieri, 2010).

3. Se aplicó la ficha de preferencias musicales, de Rolando Benenzon; esta a fin de conocer los diversos gustos de géneros musicales de los participantes.

4. Instrumento de valoración (entrevista semi- estructurada) la cual se utilizó para conocer las diferentes opiniones de los (as) participantes acerca del proceso vivido, identificando así la incidencia que tuvo la musicoterapia en su estado depresivo.

Lo anteriormente descrito dio pase a la recolección de datos y resultados de los participantes, a nivel genérico e individual.

En cuanto a las técnicas de análisis se procedió a la interpretación del test psicométrico a través del manual de dicha prueba. De la misma manera se interpretaron los resultados de las fichas musicales, realizando gráficas en donde se pueden observar los diferentes gustos de música, para esta manera poder trabajar en base a ellos.

También se recurrió al análisis de las respuestas de una entrevista semiestructurada, realizada el último día asignado para la culminación de las sesiones, siendo esta de gran utilidad pues brinda el punto de vista respecto al proceso llevado a cabo de cada participante. Por último, pero no menos importante, se realizó una revisión exhaustiva de todos los apuntes recopilados en las sesiones de musicoterapia y poder registrar los diferentes comportamientos (positivos y/o negativos) adquiridos en dichos encuentros.

9.10.5 Fase de retirada

Una vez culminado el plan musicoterapéutico, se decidió realizar un convivio con los integrantes del grupo experimental y control con el fin de agradecer por su participación y colaboración activa en cada encuentro, de igual manera se agradeció por los datos brindados ya que estos fueron de gran utilidad en el estudio.

De esta manera una vez concluida las visitas al asilo, se procedió a ejecutar el análisis de los resultados obtenidos en el periodo de tiempo, trabajado con los adultos mayores y así también iniciar el proceso de elaboración del informe final.

9.10.6 Fase de elaboración del informe

Esta etapa inició a elaborar desde el momento en que se planteó el tema de investigación, dando lugar al proceso investigativo, se empezó a reforzar una vez culminado el proceso de recolección de información pues era lo más extenso. A la vez se inició a procesar dicha información para lograr concluir con el estudio y se fue redactando de manera ordenada, conforme al formato estructural por el cual se rige nuestra Alma Mater para la redacción del estudio monográfico.

9.11 Procedimiento experimental

Para la realización de este experimento, fue necesario contar primeramente con un plan de trabajo o también llamado “Plan musicoterapéutico”, ya que este es la base del estudio experimental realizado. Con este plan se llevó un control de las sesiones a realizar a la vez que los (as) musicoterapeutas tuvieron la oportunidad de estructurarlo

según las técnicas convenientes al grupo y/o participantes. De la misma manera es importante tener en cuenta el tipo de musicoterapia a aplicar.

En esta investigación se utilizó la Musicoterapia activa, la cual consiste en hacer partícipe activo a todos los miembros del equipo, en el acto de hacer música e improvisación, con instrumentos brindados y con sus propias voces.

Es importante mencionar que antes de iniciar con las sesiones de musicoterapia, se dividió al grupo en 2 “Grupo experimental” que es con quienes se trabajó y aplicó todas las técnicas descritas en el plan y un “Grupo control” con los cuales no se trabajó ninguna técnica.

Para lograr el cumplimiento del plan musicoterapéutico presentado, fue necesario realizar un cronograma de trabajo por sesión, pues así se evitó el cruce de nuestras actividades con alguna otra que se pudiera presentar en el día elegido para trabajar. Este cronograma de trabajo fue entregado a la encargada del asilo y así se obtuvo el permiso de entrada los días correspondientes a trabajar con el grupo.

Una vez designado el grupo experimental se buscaron todas las condiciones adecuadas para llevar a cabo las sesiones de una manera adecuada y satisfactoria. Para ello se contó con un espacio grande, cómodo y tranquilo. Los instrumentos musicales utilizados según la exigencia de las técnicas aplicadas fueron: Bongoe, Maracas, Pandero y Guirro. Los instrumentos se utilizaron para lograr la participación

activa de los sujetos. También se usaron equipos de sonido tales como parlantes y un reproductor de música (estas según los distintos gustos musicales), a fin de poder hacer el acompañamiento musical y así mismo las musicoterapeutas emplearon ese sonido para el seguimiento del ritmo. De esta manera las sesiones no solo fueron a nivel acústico, sino que estaba animada con la música de fondo, siempre siguiendo el eje del plan musical.

X. ANÁLISIS DE RESULTADOS

10.1 Antecedentes del contexto de la investigación.

El presente experimento se llevó a cabo en el “Asilo Hogar San Antonio”. El mismo se encuentra ubicado en el barrio San Juan de la ciudad de Masaya, aproximadamente a 40 minutos de la capital. Conocido anteriormente como Hospital Rafaela Herrera, el Hogar San Antonio surge a partir del año 2007 como un Asilo de ancianos. Este asilo actualmente se encuentra a cargo de la Congregación de Hermanas Josefinas.

Esta Congregación fue fundada en México en el año de 1872 y desde entonces se ha caracterizado por realizar labores relacionadas al desarrollo social de distintos países en todo el mundo.

El hogar actualmente cuenta con una población de 42 ancianos, posee alrededor de 20 habitaciones, una sala de medios, una capilla, una enfermería, dos oficinas, una sala de reuniones para las monjas administradoras, un comedor, una cocina y una amplia área verde. Cuenta con personal de apoyo sanitario (médicos y enfermeras), de servicios generales y de apoyo personal a los ancianos. A pesar de las labores y esfuerzos de los distintos colaboradores del hogar, el mismo presenta varias deficiencias que imposibilitan un cuidado óptimo para los habitantes del mismo, por lo cual ha recibido apoyo y donaciones de distintas organizaciones que le han permitido mantenerse en función hasta la actualidad.

10.2 Presentación de los participantes

Para una mejor comprensión del proceso investigativo se dará una descripción general de algunas variables descriptivas del grupo, para luego brindar una descripción individual de cada uno de los participantes del estudio.

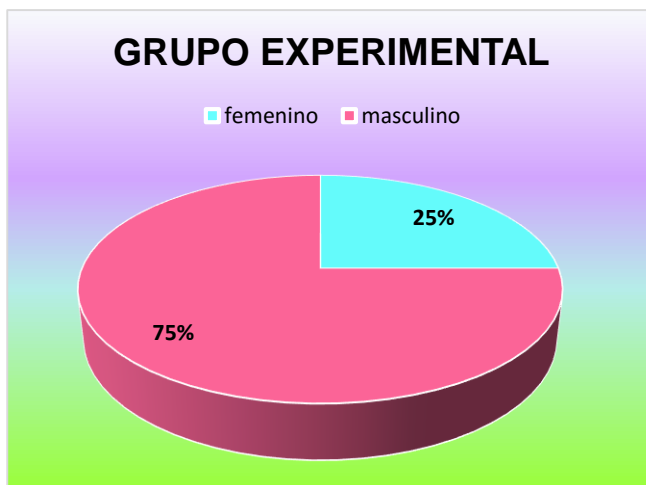
10.2.1 Variables demográficas

A continuación se presentaran ciertos datos demográficos de los participantes de la investigación con el fin de mostrar una visión general de los grupos (Experimental y Control) que participaron en la misma.

10.2.1.1 Distribución de género

Las siguientes gráficas muestran cómo se dio la distribución por género de los participantes de ambos grupos.

Fig. 1



En la gráfica anterior se observa la división por género en el grupo experimental, este estaba conformado por 6 varones (75%) y 2 mujeres (25%). Es importante mencionar que la selección fue de manera aleatoria. Sin embargo, la mayoría de mujeres se rehusaron a participar en la investigación, al contrario de los varones ya que ellos se mostraban más flexibles a cooperar y participar.

Fig. 2



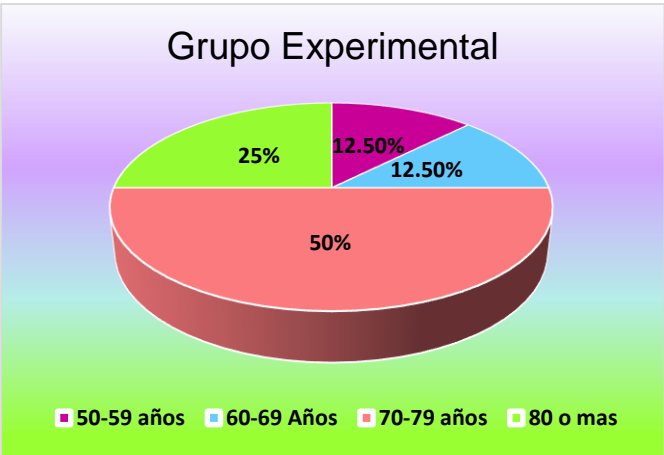
El grupo control estuvo conformado por 5/8 mujeres (62%) y 3/8 varones (38%), predominando claramente el sexo femenino.

10.2.1.2 Edad

La distribución de las edades de los participantes de ambos grupos se dio de la siguiente manera:

“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

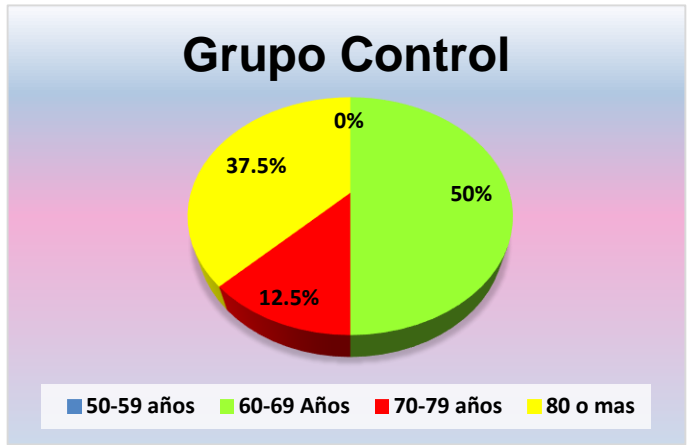
Fig. 3



El grupo experimental fue conformado por un total de 8 participantes, la mitad de los mismos entraban en un rango de edad entre los 70 y 79 años.

Grupo	50-59 años	60-69 Años	70-79 años	80 o mas
Experimental	1 (12.5%)	1(12.5%)	4(50%)	2(25%)
Control	0 (0%)	4 (50%)	1(12.5%)	3(37.5%)
Total	1 (6.25%)	5 (31.25%)	5 (31.25%)	5 (31.25%)

Fig.4



El grupo control también estuvo conformado por 8 participantes de los cuales la mitad de ellos se ubicaban en un rango de edad entre los 60 y 69 años de edad.

10.2.1.3 Nivel de deserción

Cabe recalcar que para este estudio hubo algunos participantes que por distintas razones desertaron del mismo (retiro del hogar, rechazo a la metodología del trabajo, etc). Por esta razón se considera importante compartir estadísticamente la distribución de los mismos, tanto en el grupo experimental como el grupo control.

Total de deserciones

Grupo	Total deserciones
Experimental	2 (25%)
Control	1 (12.5%)

En cuanto al total de deserciones por grupo, se observa que en el experimental desistieron 2 participantes quedando entonces 6 en dicho grupo y en el control

únicamente fue un sujeto quedando este grupo conformado por 7 colaboradores. Teniendo un total del 25% de deserciones en el grupo experimental y 12.5% en el grupo control. Estas cifras son significativas ya que indican cambios en la dinámica grupal y dificultades en el desarrollo de la metodología de trabajo.

Total de deserciones por edad

Grupo	50-59 años	60-69 Años	70-79 años	80 o mas
Experimental	0 (0%)	0 (0%)	1(50%)	1(50%)
Control	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

En cuanto a las deserciones con respecto a la edad, se refleja que los sujetos que desertaron en el grupo experimental son mayores de 70 años, indicando posiblemente que la metodología fue más adecuada para sujetos menores a esta edad.

Total de deserciones por sexo

Grupo	Hombres	Mujeres
Experimental	2 (100%)	0(0%)
Control	1 (100%)	0(0%)

La totalidad de participantes que desertaron son hombres, por lo tanto a pesar que no se puede hacer ninguna inferencia relacionada a este dato, ya que las razones de deserción son diversas no fueron expresadas por ellos, pareciera haber mayor

resistencia en sujetos del sexo masculino ante la metodología utilizada en la investigación.

10.2.2 Análisis de resultados experimental

Para esta investigación se hizo uso del método experimental, realizando un análisis comparativo de dos grupo. Para este análisis se siguió una metodología cualitativa en su mayoría combinada con un análisis estadístico de la prueba Yesavage. Utilizando la técnica de observación con participación activa y la entrevista (Sampieri, 2010)

El objetivo de la investigación fue hacer un análisis directo acerca de cómo influye la musicoterapia en un grupo determinado (grupo experimental), comparando directamente los resultados con grupo control, utilizando las opiniones emitidas y algunos datos estadísticos recolectados.

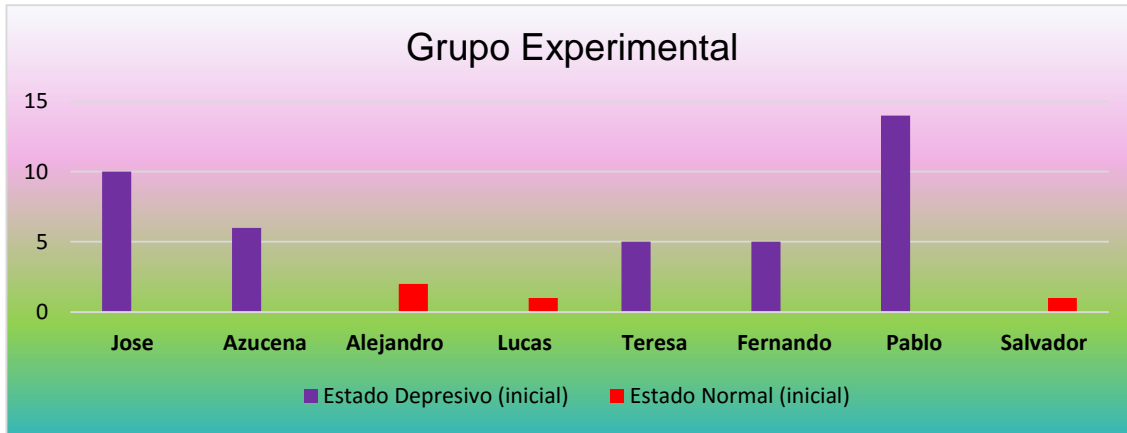
10.2.2.1 Análisis del estado inicial según el test Yesavage

En esta etapa se procede cautelosamente al análisis de los resultados obtenidos en una primera aplicación del test de Yesavage, en donde se ven reflejados los estados depresivos de los (as) participantes. El mismo fue aplicado antes y después del experimento para dar pase a la comparación de estos una vez finalizado el estudio.

Los resultados iniciales, para ambos grupos, obtenidos en este test fueron los siguientes:

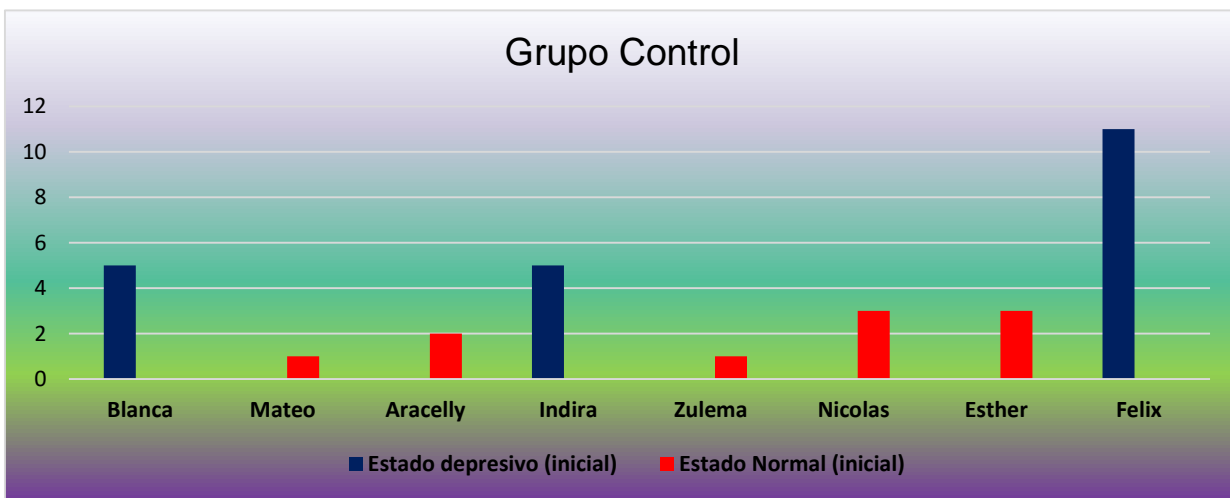
“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

Fig. 5



Según los resultados obtenidos en el test, 5 participantes del grupo experimental tenían puntuaciones mayores o igual a 5 puntos. Lo cual indicaba un estado depresivo, teniendo así únicamente 3 sujetos en el grupo con un estado de ánimo normal. Luego de esta aplicación, se inició la ejecución de un plan musicoterapéutico. Teniendo como fin conocer la influencia que esta metodología podría tener en el grupo, en especial con los participantes que presentan estados depresivos.

Fig. 6

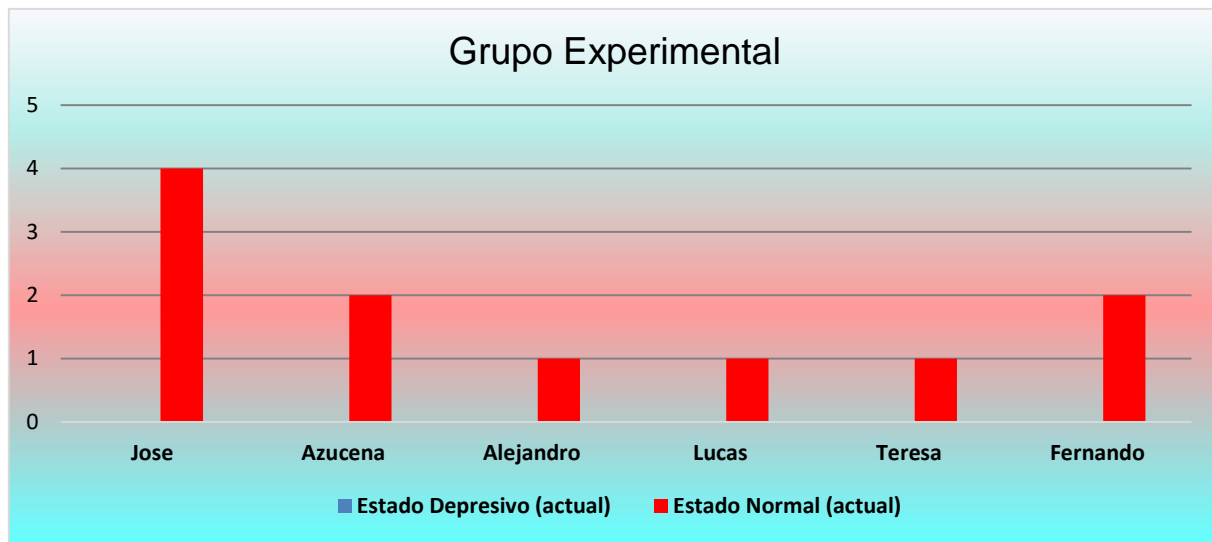


Las puntuaciones en el grupo control variaron un poco más que en el experimental. En este solo 3 participantes tenían puntuaciones que indicaban un estado depresivo y el resto se encontraban con un estado de ánimo normal.

10.2.2.2 Análisis del estado final según el test Yesavage

Para esta aplicación de la prueba no se contó con la misma cantidad de participantes, puesto que algunos de ellos desertaron de los grupos, por ende se notara una diferencia en las gráficas pues estos no se verán reflejados en los resultados ya que no concluyeron con el periodo experimental.

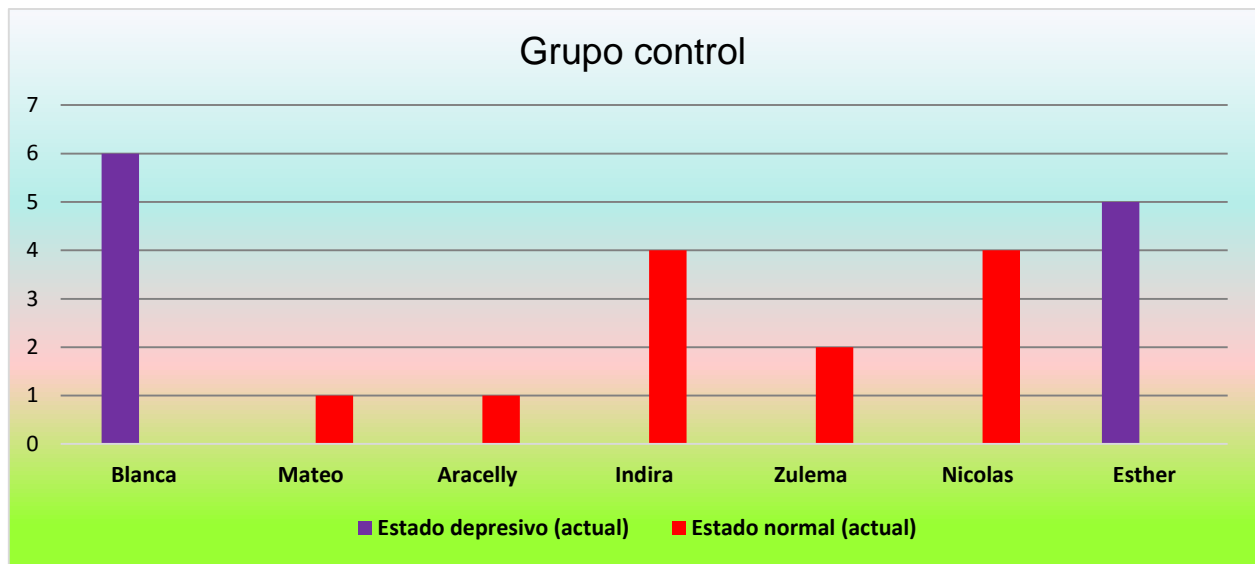
Fig. 7



Al concluir con las sesiones de musicoterapia se realizó la aplicación final del test Yesavage, en el cual se reflejan los resultados positivos que dejó dicha terapia. Se observa que todos los miembros del grupo lograron concluir las sesiones obteniendo un

estado de ánimo normal, y disminuyeron las puntuaciones relacionadas al estado de depresivo inicial.

Fig. 8



En lo que respecta al grupo control, los resultados obtenidos en la aplicación final fueron prácticamente los mismos a la inicial. Es decir, que no variaron en cuanto a la cantidad de sujetos con estados depresivos, pues el grupo inició con 3 participantes con este estado y no hubo variaciones significativas en ninguno de ellos.

10.2.2.3 Comparación individual de los puntajes

En este apartado se mostrarán las puntuaciones de todos los participantes, a fin de comparar los estados iniciales y finales de cada uno de ellos según el test Yesavage.

“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

10.2.2.3.1 Comparación de las puntuaciones individuales del grupo experimental.

A continuación se presentarán las puntuaciones individuales de los participantes del grupo experimental, reflejando sus puntuaciones iniciales y finales:

Fig. 9

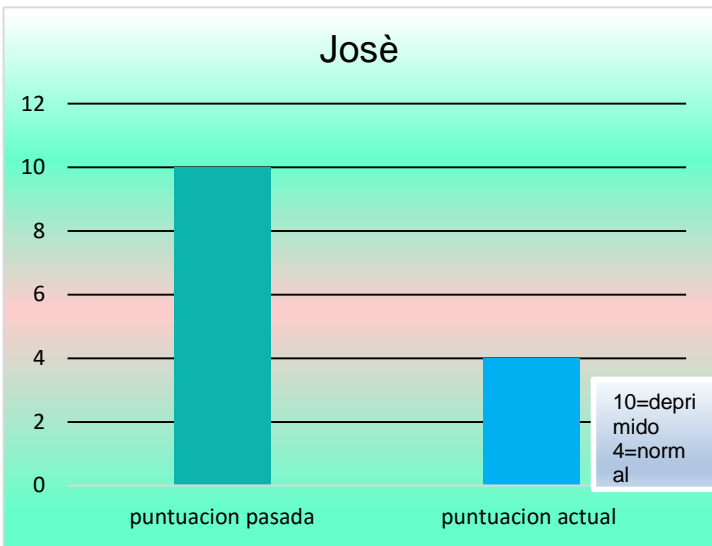


Fig. 10

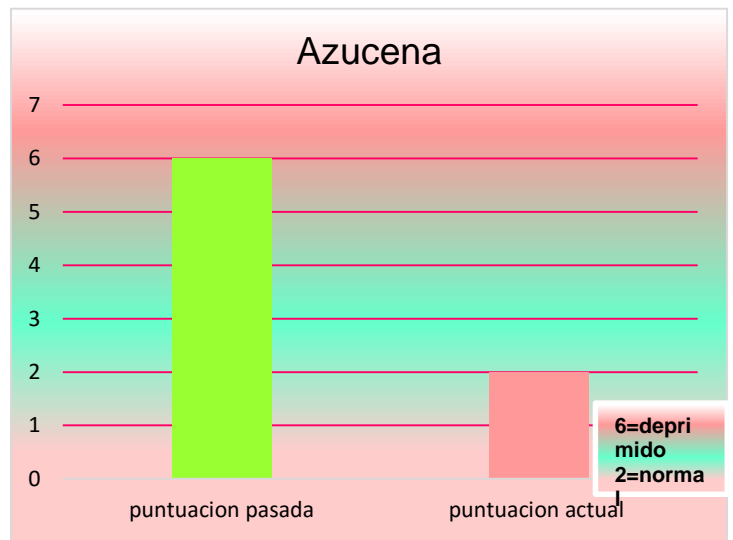


Fig. 11

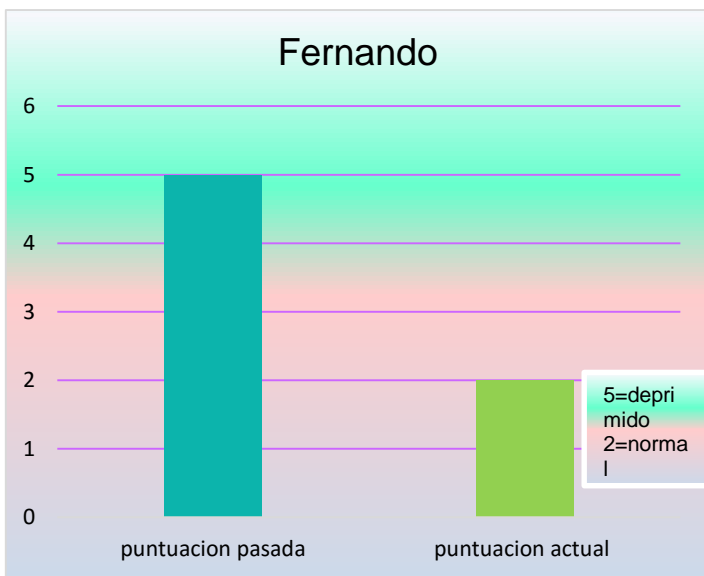
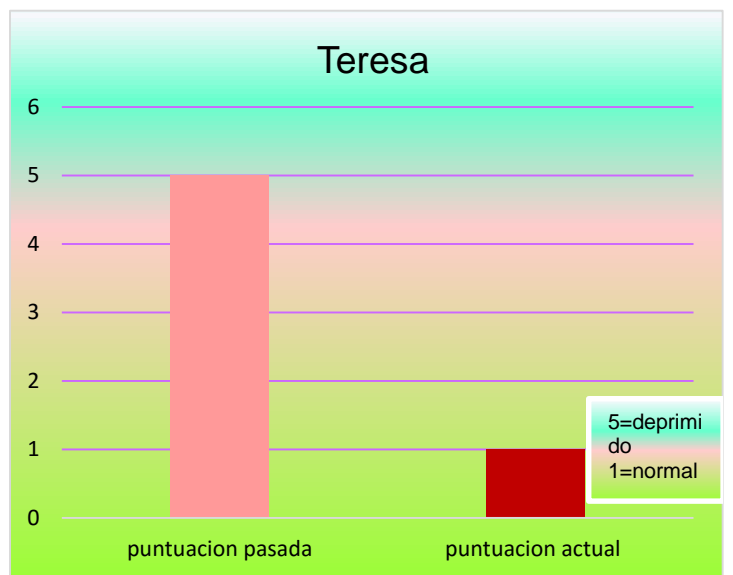


Fig. 12



“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

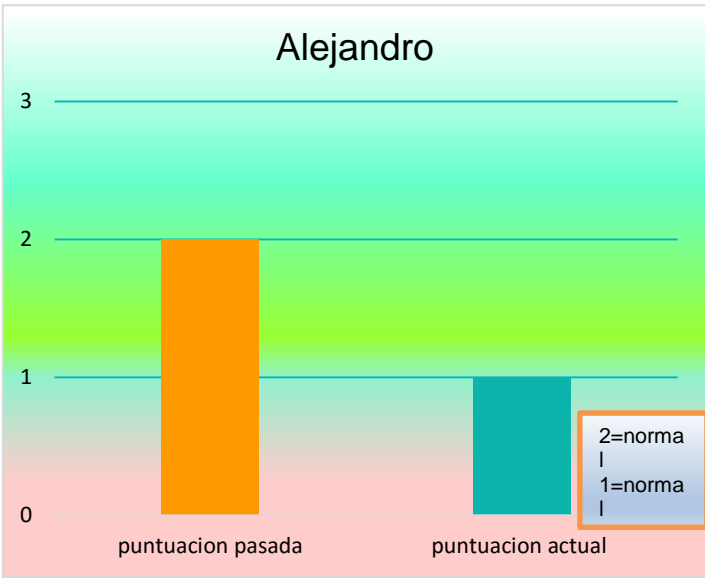


Fig. 13

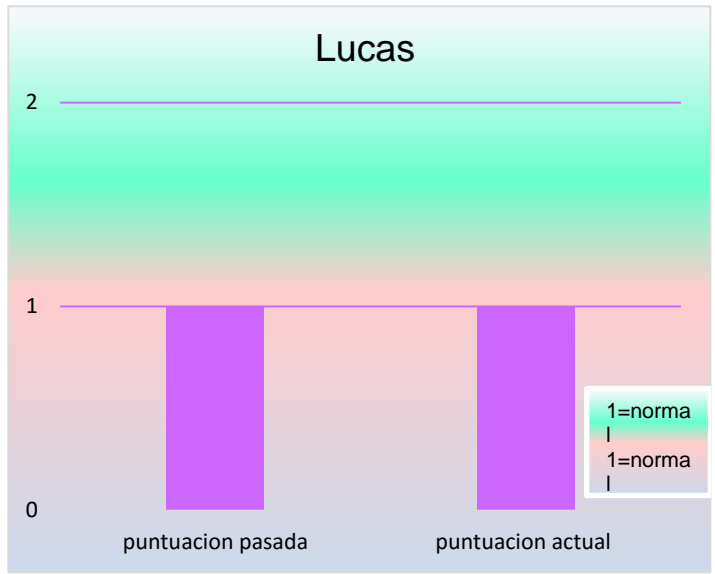


Fig. 14

Al comparar los resultados individualmente se observa una diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales. En general las puntuaciones se aproximan mayormente a 2, lo cual de manera significativa muestra una mejoría en los participantes, ya que las puntuaciones iniciales se encontraban entre 14 y 8 puntos.

10.2.2.3.2 Comparación de las puntuaciones individuales del grupo control.

A continuación se presentaran las puntuaciones individuales de los participantes del grupo control, reflejando sus puntuaciones iniciales y finales:

“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

Fig.15

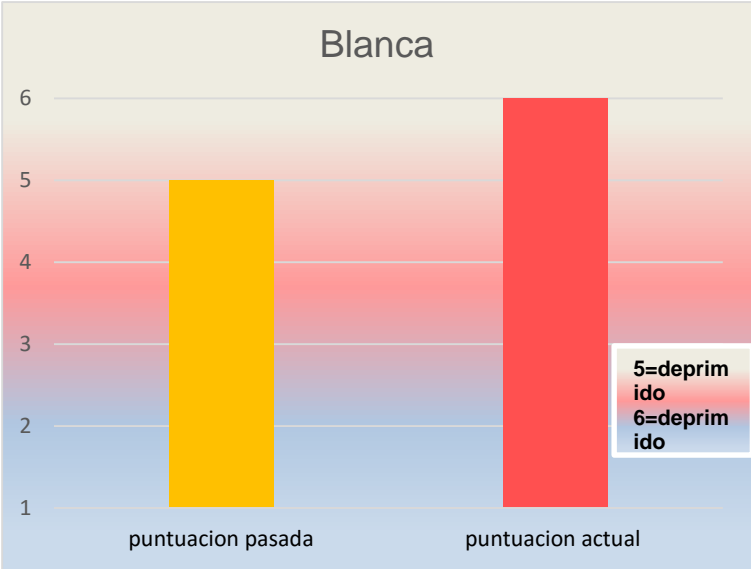


Fig. 16

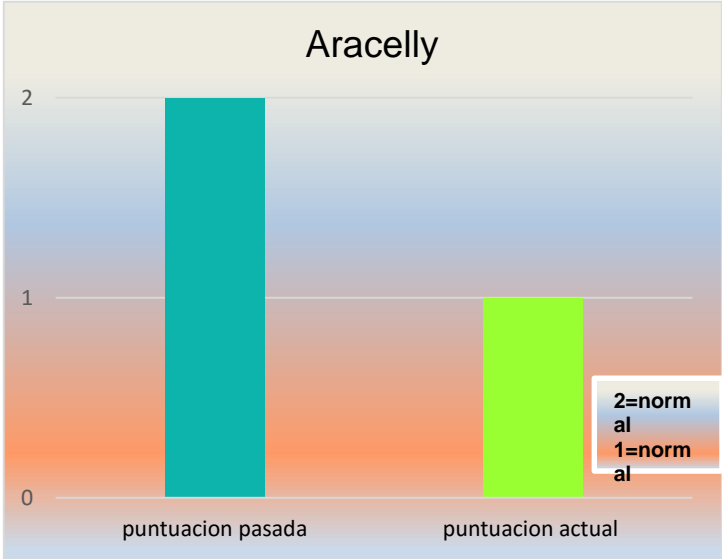


Fig. 17

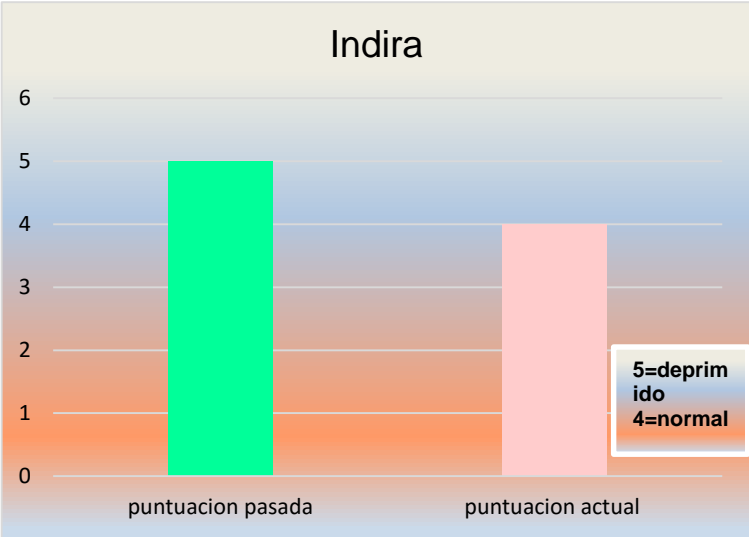
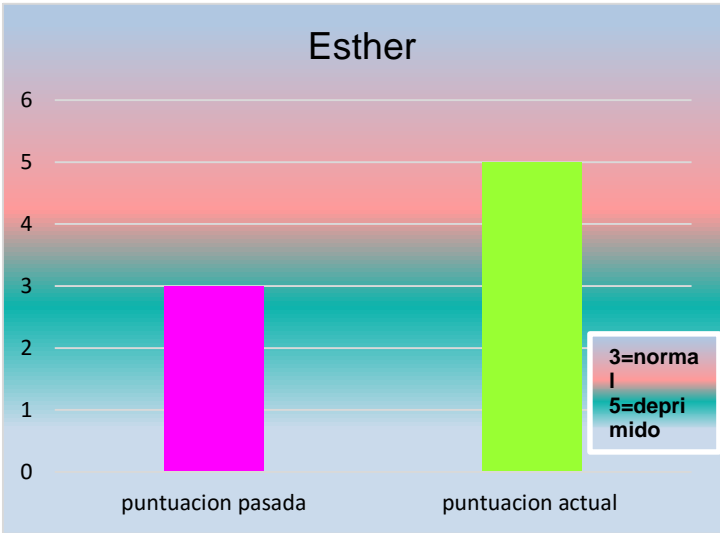


Fig. 18



“INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR, EN EL HOGAR SAN ANTONIO DEL DEPARTAMENTO DE MASAYA”.

Fig. 19

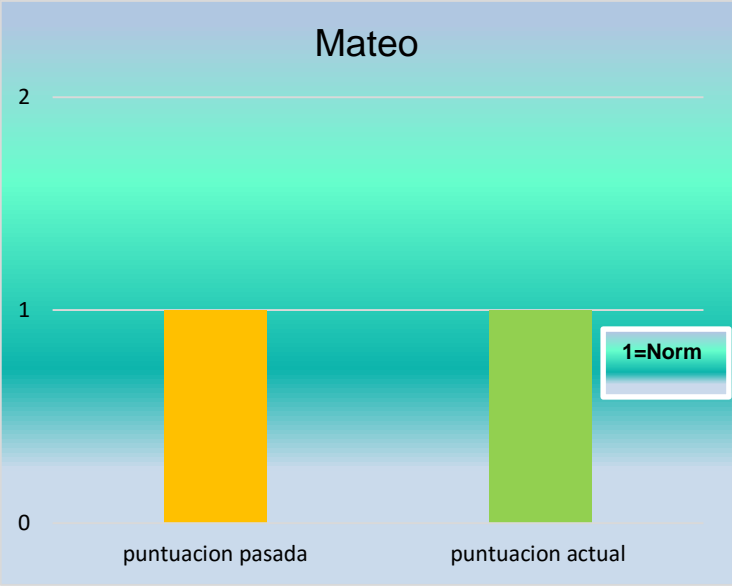


Fig. 20

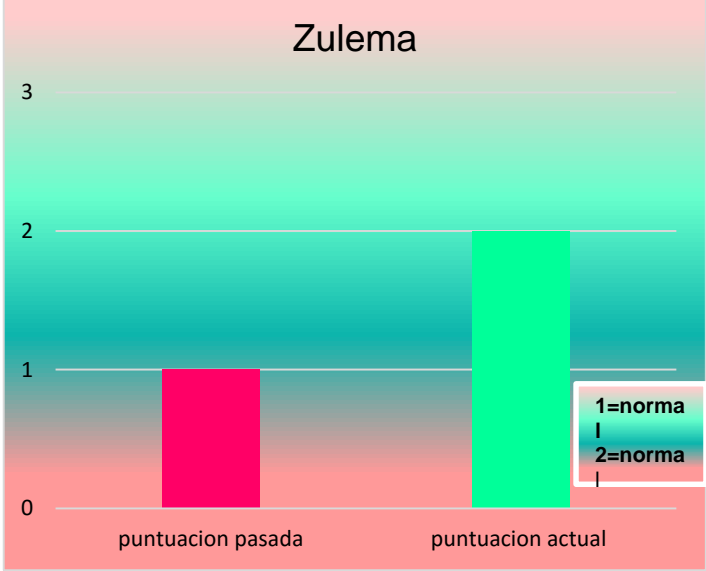
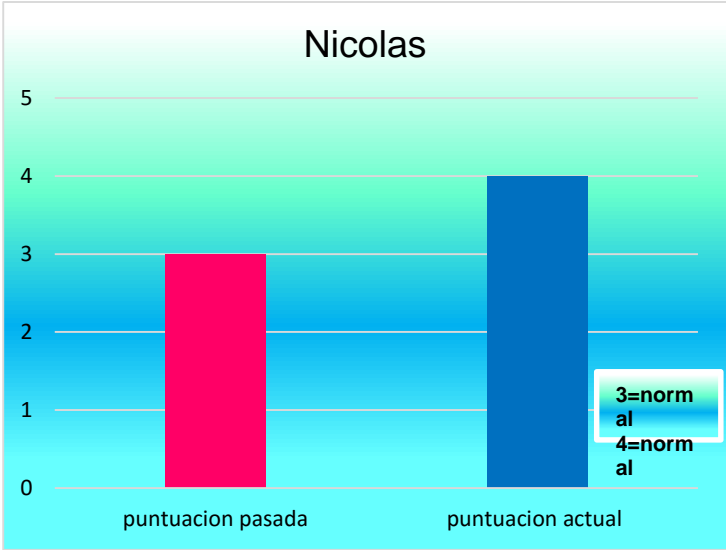


Fig. 21



En cuanto a la comparación individual de los participantes del grupo control, no se reflejan cambios significativos entre las puntuaciones, pues los estados depresivos se mantienen entre los participantes y en algunos casos incluso hubo incrementos en las puntuaciones lo que no se observó en el grupo experimental.

10.2.3 Análisis descriptivo individual por participante.

José

Es un adulto mayor de 64 años de edad, de tez morena, contextura delgada, estatura promedio, ojos color café claro. Usualmente viste de manera formal, es decir camisa y pantalón de vestir, su aspecto era aseado la mayor parte del tiempo. Con un nivel de escolaridad primaria.

Él es originario del Palenque, según los datos de la institución ingreso al asilo el 13 de marzo del 2016. Entre las principales características de su personalidad esta ser una persona reservada, centrada y atenta.

Durante las sesiones musicoterapéuticas fue colaborador y atento, participaba cuando se le realizaban preguntas o se le solicitaba alguna opinión respecto a lo realizado. Sin embargo, se mostró renuente a manipular cualquier tipo de instrumento proporcionado por las investigadoras, pues expresaba no sentirse bien de salud para ayudar en esa parte de la sesión. También sugería música de su preferencia tal como lo son “las músicas rancheras” a la vez que expresaba que luego de una hora de escuchar música tiende a aburrirse.

En cuanto a la ficha musical aplicada, el expresó que cuando esta triste no le gusta escuchar ningún tipo de música y que no hay un instrumento musical en especial que le guste porque no puede “tocar” ninguno. La música que le provoca tranquilidad es la melodía instrumental y afirma que no hay música que le desagrade expresa: “*Es bonito*

escuchar canciones diferentes porque así todos participamos y es feo estar escuchando lo mismo”.

Al finalizar cada sesión se realizaba una breve evaluación de esta, comúnmente el Sr. José expresaba que se sentía: *“Alegre, se divierte uno”, “Me siento relajado”, “Es bonito porque toman la opinión de cada uno”.*

En la entrevista final manifestó haberse sentido tranquilo, con la mente despejada y alegre durante las sesiones. Además, señaló que se sentía *“triste la primera vez, pero ya no”.* Afirmó además, sentirse calmado y en la espera de un siguiente encuentro.

Estas respuestas nos indican que el sujeto sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba.

Azucena

Es una Sra. de 50 años de edad, tez clara, contextura recia, de estatura media, no vidente, usualmente viste de manera deportiva y luce aseada. Es originaria de Jalapa, soltera y sin instrucción académica. Tiene 3 años de estar habitando en el asilo.

Entre las principales características de su personalidad se encuentra ser una persona sonriente, animada, carismática, con predominancia de pensamiento místico religioso y sociable. En sus tiempos libres ella comparte que le gusta asistir a misa y a rezos.

Durante las sesiones de musicoterapia se mostró participativa, atenta, colaboradora y animada. A pesar de su incapacidad visual, este no era un factor que le impidiera

manipular los instrumentos musicales brindados y de esta manera mantener participación activa en el grupo.

En lo que respecta a la ficha musical aplicada, ella afirmó que le gusta escuchar música instrumental cuando se siente triste, su instrumento favorito es la marimba, ya que le agrada su sonido, las melodías que le agradan escuchar son: bolero, cumbia y marimba, comenta *“Me gustan todas las músicas”*.

Al finalizar cada sesión se realizaba una retroalimentación de esta, comúnmente ella expresaba sentirse bien y que le gustaba lo que se hacía en el grupo.

En la entrevista final expresó haberse sentido alegre, bien, y sentía un efecto satisfactorio al escuchar música: *“Al escucharla, me pone muy alegre y más si sé que tengo una maraca en mi mano”*, comenta que este grupo le ha sido de ayuda: *“Ha sido mucho porque no me siento sola, aunque sé que la virgen me acompaña; pero creo q necesitaba estos momentos”*, y que antes de iniciar este proceso sentía tristeza: *“Al principio era triste, una vez no quería venir, pero ahora me gusta y siento felicidad cuando ya se llega el día y la hora de venir”*, al salir de cada sesión ella expresa sentirme mejor y alegre, aduce: *“Es alegre salgo como llena de energía y con ganas de compartir con mis compañeros”*.

Estas respuestas obtenidas nos indican que el sujeto sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba, además se comprueba que los lazos afectivos entre los compañeros del grupo se reforzaron más, pues la comunicación era más fluida.

Lucas

Él es un Sr de 74 años de edad, tez clara, contextura delgada, estatura promedio, ojos color celeste. Generalmente viste de manera formal, es decir camisa, pantalón de vestir y zapatillas. Su aspecto siempre es aseado.

Originario de Cuba, tiene un nivel de escolaridad Superior (es médico) y actualmente cumplió un año de estar habitando en el asilo. Las principales características de personalidad son: sociable, entusiasta, afable y mantiene una actitud enamoradiza con el sexo femenino. Durante las sesiones de musicoterapia se mostró participativo, animado, colaborador, atento y deseoso de bailar en cada sesión.

En cuanto a la ficha musical aplicada él logra expresar que cuando esta triste prefiere escuchar música instrumental, no tiene ningún instrumento en especial que le guste ya que todos le agradan. Entre las músicas que le producen tranquilidad están los boleros, y afirma que no hay música que le desagrade.

Al finalizar cada sesión se realizaba una breve valoración de esta, comúnmente expresaba sentirse bien, relajado y siempre solicitaba música de “Celia Cruz” “Mambo”, “Cha cha chá”.

En la entrevista final expreso sentirse bien y lleno de energía, afirmó que este proceso trajo cambios positivos a su persona: *“me alegra, me hace sentir contento y con ganas de bailar”*, *“Me ha encantado y me gusta estar acá, eh conocido más a mis compañeros y la música que les gusta”*, aduce que al salir de estas sesiones él se siente mejor:

“Alegre y contento, salgo sonriendo de acá. Me siento mejor acá, no quiero que se vayan”.

Estas respuestas obtenidas nos indican que el sujeto sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba.

Alejandro

Es un adulto mayor de 78 años de edad, tez morena, contextura delgada, estatura promedio, ojos color marrón, usualmente viste de manera formal, es decir pantalón y camisa de vestir, lucía un aspecto aseado.

Él es originario de Granada, logro culminar su primaria y expresa habitar en el asilo desde hace 3 años. Entre sus principales características de personalidad resaltan: ser una persona animada, sonriente, amable y sociable, en el predominan pensamientos místicos-religiosos.

Durante las sesiones de musicoterapia se mostraba participativo, animado, colaborador y atento. En cada sesión le gustaba manipular un instrumento diferente y nunca se negó a participar, si era de su agrado o conocía alguna canción procedía a cantarla.

En lo que respecta a la ficha musical aplicada, el comenta que cuando esta triste prefiere escuchar música instrumental y boleros, también expresa que le gustan todos los instrumentos ya que “producen alegría y paz a la vez”. Afirma que todas las melodías le producen tranquilidad y no le molesta escuchar cualquier ritmo de música. Sus músicas favoritas son: Folklórica *“Me recuerda que soy nicaragüense y me gusta”.*

Al finalizar cada sesión se realizaba una breve valoración de esta, comúnmente el expresaba *"Me siento muy contento, muy alegre recordar el pasado", "Me siento bien, requeté contento, mejor que ayer", "Me siento tan relajado que quiero dormirme", "Me siento satisfecho y tranquilo"*.

En la entrevista final expreso haberse sentido alegre durante este proceso investigativo, afirma: *"Alegre, contento, bendecido, aquí nos ponemos alegres", en respecto a cómo se siente cuando esta en cada sesión el aduce: "emocionado, tranquilo, no me aburre, no siento tristeza, me siento alegre, quisiera estar jovencito pero me siento vivo, me relaja"*. Al concluir con las sesiones él dice sentirse mejor, con ánimos y expresa: *"Después me siento alegre, emocionado, antes me sentía contento pero me alegran más porque aquí me distraigo, tengo libertad, me siento contento, comparto con mis demás compañeros y ahora somos más amigos"*.

Estas respuestas obtenidas en la entrevista nos indican que el sujeto sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba. Además se comprueba que los lazos afectivos entre los compañeros del grupo se reforzaron más, pues la comunicación era más fluida y se observaba la armonía y confianza entre los mismos.

Fernando

Él es un Sr. de 73 años, tez clara, contextura delgada, estatura promedio, ojos color negro, usualmente viste formal, es decir camisa y pantalón de vestir, su aspecto es limpio y aseado. Es originario de Nandasmo, soltero y de escolaridad primaria. Es habitante del asilo desde hace 3 años.

Entre sus características principales de personalidad están ser: reservado, callado, serio, un poco aislado y centrado. Durante las sesiones de musicoterapia se mostraba atento y colaborador, mantuvo una participación activa durante todo el proceso.

Los resultados en cuanto a la ficha musical aplicada fueron: afirma no escuchar música cuando esta triste, entre los instrumentos que le gusta están la guitarra eléctrica y la trompeta *“Me gustan porque son instrumentos alegres”*. Así mismo comenta que la música que le agrada escuchar es la música actual y dice que no hay música que le desagrade, en especial tiene una melodía que le gusta escuchar, corresponde al nombre de *“Sabor a mí, ya que me da alegría y nostalgia al mismo tiempo”*. Durante la aplicación de la ficha, mantuvo poco contacto visual y su tono de voz fue bajo al igual que su ritmo era lento.

Al finalizar cada sesión se realizaba una valoración de lo realizado, el usualmente expresaba: sentirse bien y en ocasiones comento haber recordado eventos del pasado que le hacían sentirse triste *“Recordar es volver a vivir”*.

Entre las respuestas de la entrevista final expreso haberse sentido tranquilo y alegre, además aduce que las músicas le han ayudado a recodar: *“Recordar es vivir”*, también

afirma que: *“Me siento agradecido porque ustedes son muy buenas y con el grupo eh mejorado la comunicación”* y que al salir de cada sesión él se siente mejor y alegre.

Las respuestas obtenidas en la entrevista nos indican que el sujeto sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba. Además se comprueba que los lazos afectivos entre los compañeros del grupo se reforzaron más, pues la comunicación era más fluida y se percibía la armonía y confianza entre ellos.

Teresa

Es una Sra. de 81 años de edad, tez clara, contextura recia, estatura baja, ojos color café, usualmente viste de manera casual (solo de vestido), siempre mantuvo un aspecto limpio y aseada. Originaria de Managua y de escolaridad secundaria, ella habita desde hace un año en el asilo.

Entre sus características principales de personalidad están ser: reservada, amable, centrada y un poco aislada. Durante las sesiones de musicoterapia se mostraba colaboradora, participativa, activa, no se negaba a manipular los instrumentos musicales brindados.

En lo que respecta a la ficha musical, ella comenta que no le gusta escuchar música cuando esta triste, le gustan los instrumentos musicales tales como la marimba y la guitarra *“la guitarra como que habla”*. Igualmente los sonidos que le producen tranquilidad son los antes mencionados. En cuanto a la música que le desagrada ella aduce que es toda aquella que contiene palabras ofensivas y algunos mambos, la

melodía preferida de ella es: *“Madrecita querida me hace sentir bien, recordar a mis hijos y a mi madre”.*

Al finalizar de cada sesión se realizaba una retroalimentación de lo aplicado, en lo cual comúnmente ella expresaba sentirse bien, contenta y animada, *“Recuerdo nuestro pasado, es bonito, me gusta más la música movida”, “Me siento más relajada”.*

En la entrevista final ella expresa que este proceso le ha ayudado a recordar el pasado y eso le brinda tranquilidad y se ha sentido más relajada, aduce: *“Trae recuerdo, he recordado cosas de mi pasado, tengo más libertad, tengo conversaciones con uno y otros con los amigos”.* También dice sentirse mejor cuando sale de cada sesión de musicoterapia: *“Ya me siento relajada, animada, alegre porque vengo a platicar con mis amigos. Un tiempo de compartir”.*

En base a las respuestas obtenidas en la entrevista, nos indica que la participante sintió un efecto positivo ante la metodología empleada, lo cual se corroboró en los resultados individuales de la prueba. Además se comprueba que los lazos afectivos entre los compañeros del grupo se reforzaron más, pues la comunicación era más fluida y se percibía la armonía y confianza entre ellos.

8.3 Análisis cualitativo grupal por sesiones

Durante las sesiones musicoterapéuticas se lograba realizar al final de cada una breves valoraciones de la misma, en donde todos los participantes lograban expresarse de manera ordenada y libre, a continuación se presentaran de manera global las opiniones del grupo:

Primera sesión

Durante el desarrollo de la primera sesión los adultos mayores se mostraron un poco tímidos. Sin embargo, estaban entusiasmados por estar en el grupo y conocer el motivo de su asistencia en el lugar. Actuaron de manera participativa presentándose y expresando sus gustos musicales, se logró además establecer un adecuado rapport y dar apertura a las actividades establecidas en el plan musicoterapéutico.

Segunda sesión

En la sesión dos los adultos mayores se mostraron alegres, más animados y atentos a las actividades. Tuvieron una participación y acompañamiento activo en las músicas reproducidas, del mismo modo parecían estar alegres y emocionados logrando desarrollar el método de la improvisación con las técnicas expresivas y acompañamiento de manera exitosa.

Tercera sesión

En el desarrollo de la tercera sesión los participantes se mostraron tranquilos y alegres. Estos compartieron sus preferencias musicales de acuerdo a sus estados de ánimo, logrando exteriorizarlas de manera ordenada y con un tiempo establecido en una de las técnicas empleadas este día. En esta ocasión expresaron estar contentos y agradecidos con la música reproducida ya que les hizo recordar su pasado, algunos se mostraron nostálgicos durante la reproducción de las músicas por el mismo motivo “recordar”. Así mismo se logró desarrollar la Técnica expresiva (Método de improvisación musical, tipo: vocal, instrumental y corporal) y el método del dialogo musical.

Cuarta sesión

En esta sesión los adultos mayores asistieron al lugar contentos y entusiasmados. Tuvieron un acompañamiento activo con el instrumento proporcionado y se mostraron atentos a la música reproducida lo cual dejo como resultado la “relajación” entre cada uno de ellos. También se logró el objetivo de la sesión ya que se desarrolló la técnica expresiva (método de improvisación musical, instrumental).

Quinta sesión

En el desarrollo de esta sesión los adultos mayores se mostraron alegres y contentos, conversando los unos con los otros. Cabe mencionar que la participación de los

participantes fue más evidente en esta sesión. El objetivo fue alcanzado ya que La Técnica expresiva (Método de improvisación musical; vocal y corporal) fue realizada de manera exitosa.

Con esta sesión se culminó el proceso del plan musicoterapéutico asignado para el grupo. Por ende se realizó la aplicación del pos-test de Yesavage, obteniendo así los resultados finales de sus estados de ánimo. En la aplicación se evidenció una disminución en sus estados depresivos, alcanzando un estado de ánimo “normal” según la prueba.

También se realizó una entrevista final estructurada de manera individual, obteniendo buenos resultados pues generalmente expresaron que este proceso influyó de manera positiva en sus vidas y les ayudó a recordar, relajarse y reforzar los lazos afectivos aún más.

XI. CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio investigativo “Influencia de la musicoterapia en estados depresivos del adulto mayor, en el hogar San Antonio del Departamento de Masaya, durante el periodo Enero-Febrero 2017”, se concluye que:

- Se evidenció la existencia de estados depresivos en ocho adultos mayores de la muestra, a través de la aplicación inicial test Yesavage. De estos, cinco se encontraban en el grupo experimental y tres en el grupo control. Comprobando así la prevalencia del estado depresivo en esta población.
- La musicoterapia influye significativamente en los estados depresivos de los adultos mayores. Logrando disminuir estos estados y alcanzando un estado de ánimo normal, ayudándolos también a obtener relajación, tranquilidad y calma. Esto fue comprobado a través de la aplicación del pre- test y post- test de Yesavage y la entrevista final, con la ayuda del diario de campo. Se evidenció además una mayor cohesión grupal entre los participantes del grupo.
- Comparando ambos grupos al finalizar este plan de intervención musicoterapéutico, se evidencia el cambio de manera significativa en cuanto a la variación positiva de estados depresivos a estados de ánimo normal en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no se reflejó cambio alguno pues

los estados depresivos de los integrantes de dicho grupo siguen siendo permanentes.

XII. RECOMENDACIONES

Al departamento:

- Que se promuevan más estudios relacionados a este tema, pues es poco abordado a nivel Nacional.
- Implementar en el plan educativo la Musicoterapia como una terapia alternativa, que le permita a los futuros profesionales desempeñarla en cualquiera de sus ámbitos laborales de ser necesario.

A la institución:

- Capacitar al personal de salud que labora en la institución para que puedan tener las herramientas necesarias y les permita implementar esta terapia.
- Tener en consideración la asistencia de un profesional de la salud mental que ayude a la ejecución de un plan musicoterapéutico de manera global con los adultos mayores del asilo, teniendo presente cada una de sus capacidades y conforme a estas ajustar el plan en base a las diferentes maneras de llevar a cabo esta terapia (musicoterapia activa o pasiva).

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires- Bogotá: Medica Panamericana.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Depresión. *Revista Digital Universitaria*.
- Bruscia, K. E. (2006). *Musicoterapia Métodos Y Prácticas*. México: Pax México.
- Castro, P. L., González, J. A., & Aguilera., F. M. (1996). *Musica y Salud: introducción a la musicoterapia*.
- DELSCAM. (2010). *Programa educativo, laboral, salud y cultura de los adultos mayores*. Managua, Nicaragua.
- Herrero, D. S. (2003). Musicoterapia en educación especial. En D. S. Herrero, *Musicoterapia en educación especial* (págs. 129-141).
- PATH, O. I. (2007). *Investigando la violencia contra las mujeres: una guía práctica para la investigación en la acción*. Salvador, Centro America: OMS.
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Sánchez, P. C. (2007). *Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente*.
- Sanz, J. I. (2012). Qué es la música. *LEEME- Lista Electrónica Europea de Música en la Educación*. , 18.
- Vallejos, M. P. (2010). *"La musicoterapia"*. Granada.
- Viviano, T. (2015). Las personas adultas mayores. *Avanzada Social*.

Web grafía

- Arce, J. L. (31 de Agosto de 2009). *GERONTOLOGÍA AL DÍA*. Recuperado el 2017, de GERONTOLOGÍA AL DÍA:
<http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-psicologica-autopercepcion.html>
- Association, A. M. (2016). *Musicoterapia*. Obtenido de <http://www.musictherapy.org/>
- BENENZON INTERNATIONAL ACADEMY. (2015). *BENENZON INTERNATIONAL ACADEMY*. Obtenido de BENENZON INTERNATIONAL ACADEMY: <http://www.benenzonacademy.com/teoria-benenzon>
- Brink TL, Y. J. (1982). Obtenido de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DEPRESION%20GERIATRICA/GDS_F.PDF
- Espinosa, C. (11 de Abril de 2009). *Mupsicologia*. Obtenido de Historia de la musicoterapia: <https://mupsicologica.wordpress.com/2009/04/11/historia-de-la-musicoterapia/>
- Higuera, J. A. (2013). *Psicoterapeutas.com*. Obtenido de <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>
- Instituto Nacional de Salud (E.E.U.U.). (2016). *MedlinePlus*. Obtenido de depresion en los adultos mayores: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
- Mayores. (7 de noviembre de 2012). *Mayores de hoy... cambiando el paradigma del envejecimiento*. Recuperado el 2017, de Mayores de hoy... cambiando el

paradigma del envejecimiento.: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>

- Navarro, C. (02 de junio de 2011). *Sobre musicoterapia y más....* Obtenido de Definiendo Musicoterapia 2011: <https://sobremusicoterapia.wordpress.com/tag/definicion>
- OMS. (2017). OMS. Recuperado el 2017, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ramos, G. (7 de noviembre de 2012). *Mayores de hoy... cambiando el paradigma del envejecimiento.* Recuperado el 2017, de Mayores de hoy... cambiando el paradigma del envejecimiento.: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>
- Toro, J. M. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 459-473. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80529304.pdf>

ANEXOS

Resultados de preferencias musicales

Como parte del experimento se realizó una aplicación de ficha musical a cada participante, a fin de conocer los gustos musicales de cada uno. El saber los gustos musicales permitió un mejor desarrollo del plan terapéutico, al poder utilizar las preferencias musicales de los sujetos para establecer un mejor rapport. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Razones para escuchar música

Fig. 22

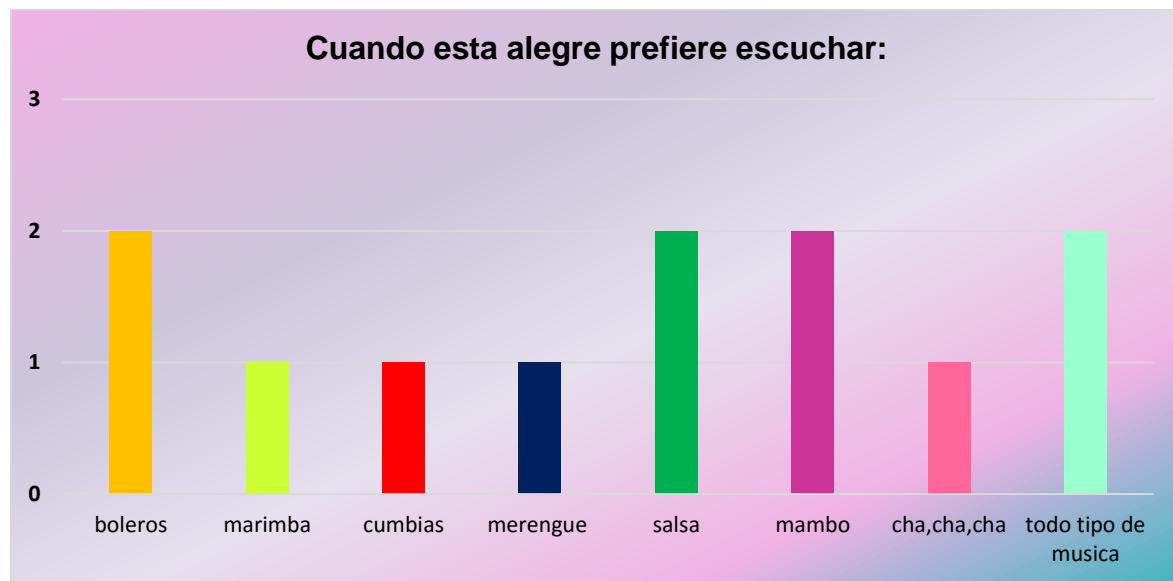


En este grafico se reflejan aquellos motivos los cuales conllevan a los adultos mayores a escuchar música, siendo las opciones más destacadas el hecho de Alegrarse y de Recordar. Es importante mencionar que estas opciones eran predominantes en el transcurso de las sesiones, pues al finalizar cada una se realizaba una retroalimentación del proceso y las respuestas no variaban, los (as) participantes

seguían expresando que el escuchar música les hacía “bien”, lograban relajarse, alegrarse y sobre todo les hacía recordar sus épocas de juventud.

Preferencia musical cuando la persona esta “alegre”

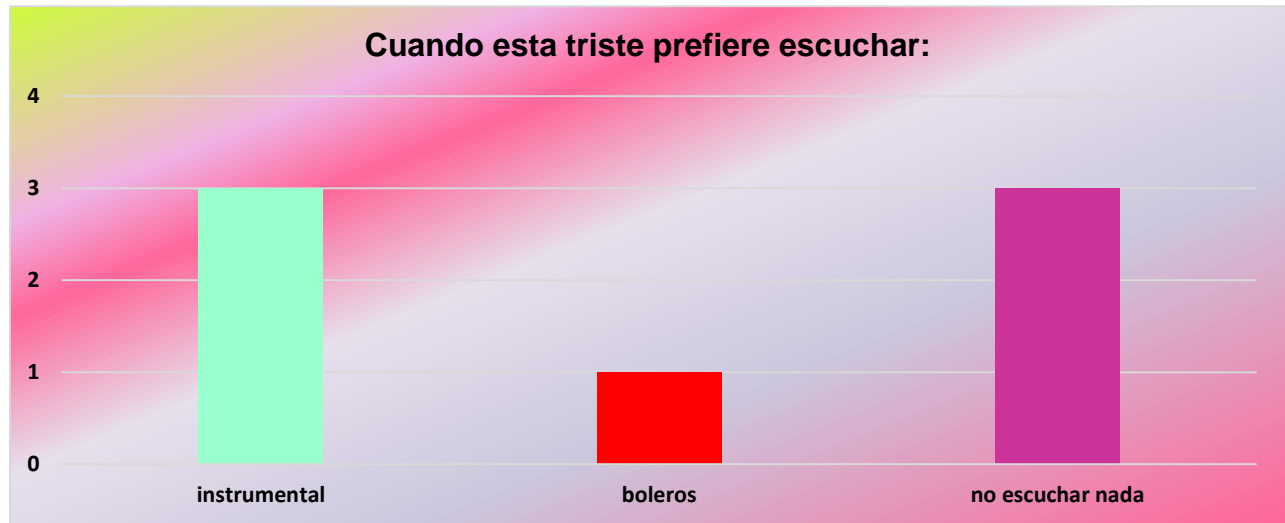
Fig. 23



En la presente gráfica se reflejan las preferencias musicales que prefieren escuchar los participantes cuando se siente alegres. El tipo de música mayormente seleccionado fueron los boleros, salsa, mambo y música variada; indicando así la influencia de la música respecto al estado anímico de cada uno pues los ritmos de músicas seleccionadas son ritmos animados y movidos.

Preferencia musical cuando la persona esta triste

Fig. 24



En esta gráfica se muestra la preferencia musical que tienen los adultos mayores ante el hecho de sentirse triste. Resultando como respuestas predominantes escuchar boleros y no escuchar ningún tipo de música, lo cual se relaciona con lo anteriormente descrito, pues los (as) participantes se identifican con el ritmo y melodía de la música según su estado de ánimo. Esto es algo que se pudo comprobar en las sesiones de musicoterapia, pues en la 3era sesión realizada con este grupo una de las técnicas empleadas fue la selección y escucha activa de la música según como se sentían en ese día, por lo que se implementó música lenta y con un triste, resultando este como un factor detonante para que los (as) participantes se sintieran “melancólicos”, tristes y ante este estado se vinieron a ellos muchos recuerdos de su pasado, lo cual fue expresado por ellos.

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Influencia de musicoterapia.	Empleo de técnicas y métodos musicoterapéuticos para influenciar la calidad de vida del sujeto	Grado de mejoría o deterioro que alcanza un sujeto al ser sometido a técnicas y métodos propios de la musicoterapia.	Aplicación de: -Evaluación personal de los participantes ante la aplicación de la musicoterapia. -Evaluación cualitativa por parte de las investigadoras a través de la observación directa.
Estados depresivos.	Estado de ánimo en los que se evidencia síntomas relacionados a la depresión.	Presencia de síntomas relacionados a depresión cumpliendo uno o más criterios del DSM V, medido a través del test Yesavage y entrevistas semi-estructuradas.	Puntuación obtenida a través de la aplicación del test Yasevage ✓ 0-4= Normal. ✓ 5-más =Depresión.

Diario de campo

Primera sesión:

Fecha: 13 de enero del 2017

Hora de inicio 9: 45 a.m.

Hora de finalización: 10:45 am

Asistieron los participantes:

1. Alejandro
2. Fernando
3. Teresa
4. Lucas
5. José
6. Salvador

A quienes se les solicitó autorización para la toma de fotografías y videos (consentimiento informado).

Observaciones Generales

En la primera actividad “conociéndonos” al saludarles y presentarnos los adultos mayores respondieron de manera tranquila y en confianza. Se mostraron contentos de ser parte de nuestras actividades. Luego, de manera ordenada les pedimos que se presentaran diciendo sus nombres y apellidos, compartiendo la música y canción de su preferencia. Entre los que mencionaron están: las rancheras, cha cha cha, bachata, mambo así como canciones nacionales o folklóricas, mencionando como interpretes favoritos a Julio Gonzales y Celia Cruz.

En la técnica de “El espejo” los adultos respondieron de manera contenta, siendo participativos y mostrándose animados y satisfechos con la música reproducida.

Observaciones personales

José se negó a tomar el instrumento ya que dijo no sentirse en condiciones de salud para tocar el instrumento que se le proporciono.

Las canciones utilizadas en esta sesión fueron:

“Mujeres divinas (Fernández V. (2003) *Mujeres divinas, Juntos por última vez*, [CD]), **“Procura”** (Peralta C. (1997) *Procura* [por Peralta]. *Pa’otro lado* [CD]) , **“Te vas porque yo quiero que te vayas”** (Miguel L. (1994). *Te vas porque yo quiero que te vallas*, [Miguel] *Segundo Romance* [CD] y **“un disco más”** (Zaa C.(1996) *un disco más*, [Zaa.C] *Sentimiento* [CD].

Conclusión de la sesión

Los participantes expresaron haberse sentido bien, alegres y contentos. Manifestando que les habían gustado las músicas y aportando que les gustaría que también usáramos músicas rancheras. Se logró el objetivo de iniciar el proceso musicoterapéutico estableciendo un rapport adecuado.

Durante esta sesión ocurrió un evento no programado, que fue la invitación a bailar a una de las facilitadoras por parte de Lucas.

Segunda Sesión

Fecha: 20 de enero del 2017

Hora de inicio 10:30 a.m.

Hora de finalización: 11:16 a.m.

A esta sesión asistieron:

1. Alejandro
2. Fernando
3. Teresa
4. Lucas
5. José
6. Azucena
7. Salvador

A quienes luego de ocupar sus lugares se les brindo los instrumentos; maracas, pandereta y bongo.

Observaciones grupales

Durante el proceso los adultos mayores estuvieron entusiasmados y alegres. Teniendo un acompañamiento activo de las músicas y además mostrando un interés mutuo entre ellos, conversando de manera fluida acerca de las canciones y sonriendo entre sí.

Observaciones personales

Se manifestó que Salvador salió de la sala, abandonando el proceso musicoterapéutico expresando sentirse aburrido y que no sentía bien. Por otro lado Alejandro estaba entusiasmado, tocando el pandero y cantando la canción reproducida. José no quiso tocar ningún instrumento.

Alejandro expreso “me siento bien, requeté contento mejor que ayer” por otro lado Fernando dijo “Estoy bien, alegre”, José: “Es alegre, se divierte uno”.

Las canciones utilizadas en esta sesión fueron: “**El aventurero**” (Fernández P. (2004) El aventurero[CD] , “**El dicharachero**” (Fernández P. (1964) El dicharachero[CD]) , “**Un disco más**” (Zaa C.(1996) un disco más, [Zaa C] *Sentimiento* [CD] , “**Amor de mis amores**” (Zaa C. (2005) Amor de mis amores, [Zaa C] *Bachata con puro sentimiento* [CD].

Conclusión de la sesión

Los adultos mayores expresaron sentirse contentos y alegres, expresaron que les parecía bien y que querían de todas las canciones, así mismo se logró el objetivo de la sesión; logrando desarrollar el método de la improvisación, con las técnicas expresivas y acompañamiento de manera exitosa.

Tercera sesión

Fecha: 27 de enero del 2017

Hora de inicio: 10: 40 a.m.

Hora de finalización: 11:20 a.m.

En esta sesión asistieron los participantes

1. Alejandro
2. Fernando
3. Teresa
4. Lucas
5. José
6. Azucena

En esta ocasión también se les proporciono los siguientes instrumentos: maracas, panderos y bongo.

Observaciones Generales

Durante el desarrollo del proceso de la sesión los adultos mayores compartieron, que música les gusta escuchar cuando están tristes y que música cuando están alegres. Entre los ritmos que mencionaron están: Bolero, guaracha y ranchero. Además de ello expresaron que les gustaba la música porque les hacía recordar. Posteriormente cada uno expreso su estado de ánimo actual atreves del instrumento proporcionado.

Observaciones personales

José no pudo tocar ningún instrumento por motivos de salud; Teresa demostró tranquilidad atreves del bongo y los demás demostraron alegría atreves de el mismo. Las músicas que se utilizaron en esta sesión fueron: “**Miedo**” (Aguilar P.(2004) Miedo [Aguilar] *No soy de nadie* [CD]), “**Procura**” (Chichi Peralta (Peralta C.(1997) Procura[Peralta]. *Pa’otro lado* [CD]), “**No le pegue a la negra**” (Arroyo.J (1995) No le

pegue a la negra [Arroyo] [CD] Colombia). “El dicharachero” (Fernández P.(1964),El dicharachero[CD])

¿Qué recuerdos trajo?

Alejandro dijo “*me siento muy contento, muy alegre, recordar el pasado*” ; Fernando expresó “*me trajo muchos recuerdos sentí nostalgia*” José manifestó “*me sentí muy relajado*”.

Como suceso no planificado, la señora Teresa escapo de ahogarse.

Conclusión de la Sesión

Los adultos mayores expresaron estar contentos y haber disfrutado la música reproducida, además de sentirse bien expresando sus ánimos atreves del instrumento. Así mismo se logró desarrollar la Técnica expresiva (Método de improvisación musical, tipo: vocal, instrumental y corporal) así como el método del dialogo.

Cuarta sesión

Fecha: 02 de febrero del 2017

Hora de inicio: 10:30 a.m.

Hora de finalización: 11:20 a.m.

En esta sesión asistieron los participantes

1. Alejandro
2. Fernando
3. Teresa
4. Lucas
5. José
6. Azucena

En esta ocasión los adultos mayores solo escucharon la música y la acompañaron con los instrumentos proporcionados (maracas) ya que las facilitadoras interpretaron las canciones.

Observaciones generales

Los participantes se mostraron tranquilos, estando atentos a las músicas puestas y acompañando con su instrumento a las facilitadoras, sonriendo entre si y con un aspecto relajado.

Observaciones personales

Alejandro expresa *“Me siento tan relajado que quiero dormirme”*.

José dijo *“La música es diferente y me gusta igual “...“Es bonito escuchar canciones diferentes porque así todos participamos y es feo estar escuchando lo mismo”* así mismo Alejandro refirió *“me siento contento, alegre, tranquilo, relajado y satisfecho”*

José expreso que había sido muy bonito porque se había tomado la opinión de cada uno lo que le había parecido muy bien, por otro lado Alejandro dijo haberse sentido muy

contento y emocionado ya que había traído buenos recuerdos a su memoria, Teresa manifestó “*recordando nuestro pasado es bonito me ha gustado más la música movida*” así mismo Fernando expreso “*recordar el pasado, recordar es volver a vivir*”. Cabe mencionar que los adultos mayores también expresaron que la comunicación entre ellos ha mejorado y que son como hermanos.

Las músicas utilizadas en esta sesión fueron: “**Vives en mí**” (Craft E. y García N. (2014) Vives en mi [Hillson] *You and free* [CD]) ; “**Hay libertad**” (Aguilera.A (2014) Hay libertad [Aguilera] *El cielo está aquí* [CD]) ; “**El sonido del silencio**” (Campos A. (2006) El sonido del silencio [Campos] *Sonido del silencio* [CD] Colombia) ; “**Quiero ir donde tu vallas**” (Romero M. (2014) Quiero ir donde tu vallas [Epicentro] *Epicentro live* [CD]); “**Has aumentado**” (Enmanuel y Linda (2013) has aumentado[Enmanuel y Linda] *Volver* [CD]) ; “**Grande y poderoso**” (Esperanza de vida, grande y poderoso[Esperanza de vida] *Fuego* [CD])

Conclusión de la sesión

Los adultos mayores se mostraron contentos, durante el proceso de la sesión, además de ello se observó mucha tranquilidad y entusiasmo ya como resultado del proceso musicoterapéutico. Se logró el objetivo ya que se desarrolló la técnica expresiva (método de improvisación musical, instrumental).

Quinta sesión

Fecha: 06 de febrero del 2017

Inicio: 10: 40 am

Hora de finalización: 11: 20 a. m

En esta sesión participaron

1. Alejandro
2. Fernando
3. Teresa
4. Lucas
5. José
6. Azucena

Los que asistieron con entusiasmo a la sala de medios donde se realiza esta terapia, cabe mencionar que los participantes buscaron ocupar el mismo lugar de ubicación durante el proceso de las cinco sesiones de musicoterapia.

En esta ocasión se utiliza en su mayoría música folklórica: **“perfumenes mujer”** (Godoy C. y Los palacaguinas (2000) Perfumenes mujer[Godoy.C] *perfumenes mujer* [CD]) ; **“Palomita guasiruca”** (Godoy C.(2000) Palomita guasiruca[Godoy] *Perfumenes mujer* [CD]) ; **“María de los guardias”** (Godoy C. (2000) María de los guardias[Godoy.C] *perfumenes mujer* [CD]) ; **“No le pegue a la negra”** (Arroyo.J (1995) No le pegue a la negra [Arroyo] [CD] Colombia).

Observaciones generales y personales

Los adultos mayores se mostraron alegres al escuchar la música nacional, tratando de llevar el ritmo con el instrumento proporcionado, *“esa es María de los guardias”* expreso Alejandro cuando escuchó la introducción de esta canción. José comentó *“Hoy se dieron a la música nacional”*. De la misma manera los demás participantes compartieron que les gusta escuchar la música representativa de nuestro país, a excepción de Lucas quien dijo *“a mí me gusta el mambo”*.

Posteriormente se procedió a aplicar el test de Yesavage, y la entrevista estructura para valorar todo el proceso de manera personal.

Conclusión de la sesión

Los participantes estaban contentos, sonriendo durante toda la sesión, y moviendo su instrumento al ritmo de la música reproducida, realizando gestos vocales por lo que la Técnica expresiva (Método de improvisación musical; vocal y corporal) fue realizada de manera exitosa, así como el cierre de las sesiones.

Instrumentos utilizados

Entrevista semi-estructurada

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos y el tiempo compartido?
2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo? ¿Cuál?
3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?
4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?
5. ¿Cómo es su estado de ánimo después de salir del grupo?

Aplicación de la entrevista al grupo experimental

Entrevista 1: Lucas

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarles, el tiempo compartido?

Bien, traen mucha alegría.

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Sí, claro me alegra, me hace sentir contento y con ganas de moverme y bailar.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

Me ha encantado y me ha gustado estar acá, he conocido más a mis compañeros y la música que les gusta

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Bien, es normal.

5. ¿Cómo es tu estado de ánimo después de estar en el grupo?

Alegre y contento salgo sonriendo de acá. Me siento mejor acá, no quisiera que se vayan.

Entrevista 2: Azucena

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos, el tiempo compartido?

Bien, alegre.

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Porque al escucharla, me pone muy alegre y más si sé que tengo una maraca en mi mano.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

*Han sido muchos porque no me siento sola, aunque sé que la virgen me acompaña.
Pero creo que necesitaba estos momentos.*

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Al principio era triste, una vez no quería venir. Pero ahora me gusta y siento felicidad cuando ya se llega el Día y la hora de venir.

5. ¿Cómo es tu estado de ánimo después de estar en el grupo?

Es alegre, salgo como llena de energía y con ganas de compartir con mis compañeras

Entrevista 3: José

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos, el tiempo compartido?

Me he sentido tranquilo, por lo que se conversa alegre en los momentos.

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Si, la música que hemos oído es variada y del gusto de uno, efectos positivos.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

Si, se despeja más la mente, esto sin preocupación y a la vez alegre.

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Normal ni desesperado ni nada, la primera vez estaba triste pero ya no.

5. ¿Cómo es tu estado de ánimo después de estar en el grupo?

Más calmado, alegre y esperando cuando valla a ser la próxima actividad

Entrevista 4: Fernando

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos, el tiempo compartido?

Paso tranquilo y alegre

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Toda la música me gusta, folcklor, ritmo tropical, provoca recordar. “porque recordar es vivir”.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

Bien agradecido porque ustedes son muy buenas y con el grupo he mejorado la comunicación.

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Estaba bien, aunque a veces un poco triste.

5. ¿Cómo es tu estado de ánimo después de estar en el grupo?

Al salir me siento alegre.

Entrevista 5: Alejandro

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos, el tiempo compartido?

Alegre, contento bendecido aquí nos ponemos alegres.

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Emocionado tranquilo, no me aburre, no siento tristeza, me siento alegre quisiera estar jovencito, pero me siento vivo, me relaja.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

No me siento desconsolado, no me siento triste.

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Pues me siento bien.

5. ¿Cómo es su estado de ánimo después de salir del grupo?

Después me siento alegre, emocionado antes me sentía contento pero me alegran mas porque aquí me distraigo, tengo libertad, me siento contento, comparto con mis demás compañeros y ahora somos más amigos.

Entrevista 6: Teresa

1. ¿Cómo se ha sentido durante los días que hemos venido a visitarlos, el tiempo compartido?

Ya cambia uno, animada, nos hacen preguntas y ya la mente trabaja.

**2. ¿Considera que la música tiene algún tipo de efecto a su estado de ánimo?
¿Cuál?**

Muchas veces recuerdo del pasado y me da tranquilidad, uno cambia el modo de pensar y se relaja.

3. ¿Qué beneficios le ha traído estar en este grupo?

Traer recuerdos he recordado cosas de mi pasado, tengo más libertad .tengo conversaciones con uno y otros, con los amigos.

4. ¿Cómo es tu estado de ánimo antes de entrar al grupo?

Por un lado estaba tranquila pero por otro lado no tenía con quien platicar.

5. ¿Cómo es tu estado de ánimo después de estar en el grupo?

Ya me siento relajada, animada, alegre porque vengo a platicar con mis amigos. Un tiempo de compartir.