



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN**



Unidad de Post Grado

PROGRAMA DE MAESTRÍA

Propuesta de un Programa de Musicoterapia para pacientes adultos
mayores con depresión, atendidos en un Centro de Salud de Chiclayo,
2017.

Tesis para optar el grado académico de Maestro en Psicología, con
mención en: Psicología Clínica.

PRESENTADO POR:

Lic. Angelita Cruzado Cruzado

Lambayeque, Perú

2018

Propuesta de un Programa de Musicoterapia para pacientes adultos mayores con
depresión, atendidos en un Centro de Salud de Chiclayo, 2017.

PRESENTADO POR:

Lic. Angelita Cruzado Cruzado
AUTORA

M. Sc. Raquel Yovana Tello Flores
ASESORA

APROBADO POR

Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi
PRESIDENTE

M. Sc. María del Pilar Fernández Celis
SECRETARIA

Dr. Maximiliano Plaza Quevedo
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a todos los Psicólogos con vocación, que sienten con la carrera y que vibran con el bienestar que imparten, a ellos, un reconocimiento y una herramienta para el trabajo con nuestros queridos pacientes.

RESUMEN

El presente estudio es una investigación descriptivo-propositiva, que tuvo como objetivo general, proponer un Programa de musicoterapia para pacientes adultos mayores con depresión atendidos en un centro de Salud Chiclayo, 2017; se trabajó con 29 participantes, de 60 a 80 años de edad, de ambos sexos, de los cuales 23 fueron mujeres y 6 varones, utilizando la escala Geriátrica de Yesavage modificada, previamente aplicado el consentimiento informado; la cual nos arroja niveles de depresión Leve, Moderada y Severa; el procesamiento de datos, se realizó a través del análisis estadístico descriptivo, organizando la información en gráficos y tablas; finalmente dentro de las conclusiones, se encontró que el 55% de los participantes presentó Depresión Moderada, el 73% Leve y el 6% Severa, es por ello que se planteó una propuesta de intervención musicoterapeuta denominado “*Al son de la vida, con alegría y amor*”, el cuál está dividido en 9 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Adulto mayor, musicoterapia, programa.

ABSTRACT

The present study is a descriptive-propositive research, whose general objective was to propose a Music Therapy Program for elderly patients with depression treated at a Chiclayo Health Center, 2017; We worked with 29 participants, 60 to 80 years of age, of both sexes, of whom 23 were women and 6 men, using the modified Yesavage Geriatrics scale, previously applied informed consent; which gives us levels of mild, moderate and severe depression; the data processing was carried out through descriptive statistical analysis, organizing the information in graphs and tables; finally within the conclusions, it was found that 55% of the participants presented Moderate Depression, 73% Mild and 6% Severe, that is why a music therapist intervention proposal called “*To the sound of life, with joy and love*”, which is divided into 9 sessions of approximately 60 minutes each.

KEY WORDS: Depression, Elderly, music therapy, program.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAP. I ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	8
1.1 Ubicación	9
1.2 Evolución Histórica tendencial del Objeto de Estudio	9
1.3 Características del problema	10
1.4 Objetivos	15
1.5 Metodología	16
CAP. II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Marco Teórico	18
2.1.1 Antecedentes del problema	18
2.2 Bases Teóricas	19
2.2.1 El Adulto Mayor	19
2.2.2 Enfermedades y cambios frecuentes en el adulto mayor	20
2.2.3 Teorías y aportaciones evolutivas	22
2.3 La depresión	24
2.3.1 La depresión en el Adulto Mayor	26
2.4 La musicoterapia como tratamiento para la depresión	28
2.4.1 ¿Qué es la musicoterapia?	30
2.4.2 Modelos y técnicas de la musicoterapia en personas depresivas	31
2.4.3 El musicoterapeuta	40
2.4.4 Importancia de la musicoterapia en el tratamiento de la depresión	41
CAP.III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
3.2 Presentación de la Propuesta	62
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La depresión, es una enfermedad mental silenciosa, que muchas veces no se detecta a tiempo, podría llevar hasta la muerte. Y la adultez mayor, es también una etapa llena de olvido y cambios drásticos, por las características propias de la misma, que conducen a una reestructuración en la vida laboral, familiar y social de las personas que la atraviesan. Así pues, es común que la depresión pueda apoderarse de las personas adultas mayores, cuando en el proceso de adaptación no se tiene el soporte emocional y familiar necesario. Por su parte, la depresión en sí misma, es un trastorno infra valorado socialmente, las personas lo conciben como algo sin importancia, que se “cura solo”, o que “ya pasará”, sin embargo por esta misma condición, las personas podría llegar hasta el suicidio, lo que no tiene vuelta atrás.

Por otro lado, la musicoterapia, como herramienta de intervención, ha sido escasamente trabajada en nuestro medio, acaso por un poco apogeo e influencia, y porque no existen las suficientes fuentes que, localmente, la demuestren como eficiente para el tratamiento de depresión. Por eso es que el presente trabajo de investigación, une esfuerzos, para brindar una herramienta novedosa y eficiente, en el tratamiento de depresión para adultos mayores

Los objetivos del presente estudio, han sido Diseñar un programa de musicoterapia como medio de intervención para depresión en los adultos mayores, atendidos en un centro de salud de Chiclayo, así como: Hallar niveles de depresión en este grupo etario; Describir las necesidades de los adultos mayores; y Caracterizar la depresión en este grupo etario. Metodológicamente, es una investigación no experimental, que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en la que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Hernández, Fernández & Baptista (2016). El tipo descriptiva propositiva y transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Y su propósito fue describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede, según Hernández, Fernández & Baptista (2016). Así mismo, de la población se puede afirmar que estuvo conformada por un grupo de pacientes que integraban el programa

adulto mayor del Centro de Salud José Olaya- Chiclayo, siendo un total de 29. Se aplicó La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

El procedimiento se realizó de manera individual. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS utilizando como herramienta la estadística descriptiva; también se empleó distribución de frecuencias para ordenar los datos, de igual manera se trabajó porcentajes, media aritmética, mediana; por otro lado, los resultados del presente estudio fueron presentados y analizados en cuadros, gráficos de barras y tortas de porcentajes, utilizándose el computador y el programa aplicativo Excel para representar la información recolectada a través de gráficos y así interpretar de manera clara los resultados.

Partiendo de estos resultados, la propuesta planteada, es un programa de musicoterapia para Adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo, teniendo este como objetivo, Desarrollar actividades y técnicas de Musicoterapia con un grupo de adultos mayores deprimidos e institucionalizados, con el propósito de incentivar su desenvolvimiento social, expresión de sentimientos y emociones a través de la música y actividades dinámicas y entretenidas para así reducir el nivel de depresión en dichas personas .

Por último, esta investigación, está configurada por cuatro capítulos, el primero denominado *Análisis del objeto de estudio*, donde se recopilan los datos pertinentes para poder describir la depresión en el adulto mayor, dentro de nuestro contexto histórico-cultural, el segundo denominado *Marco Teórico*, es el acopio de las bases teóricas que describen la depresión, la adultez mayor, y la musicoterapia, sus definiciones, teorías, características, entre otros, que fueron las bases para desarrollar la investigación y finalmente el capítulo de *Análisis y discusión de resultados*, donde se presentan los resultados encontrados al aplicar el instrumento, organizándolos en cuadros y gráficos para sus análisis y comprensión, así mismo en este capítulo se detalla la propuesta planteada, un Programa de Musicoterapia, para ser utilizado como una herramienta de intervención que permita solucionar la problemática analizada.

Capítulo I

ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Ubicación.-

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Chiclayo, una ciudad del noroeste peruano, capital de la provincia homónima y del departamento de Lambayeque. Chiclayo, fue fundada con el nombre de «Santa María de los Valles de Chiclayo». Está situada a 13 kilómetros de la costa del Pacífico y a casi 7'70 kilómetros de la capital del país, siendo la cuarta ciudad más poblada del país, alcanzando oficialmente y según proyecciones del INEI del año 2012, los 638 178 habitantes. Comprende 8 distritos urbanos: Chiclayo, La Victoria, Leonardo Ortiz, Pimentel, Pomalca, Monsefu, Eten y Roque. Chiclayo es la ciudad principal del Área Metropolitana de Chiclayo y es una de las metrópolis más pobladas del país.

Actualmente, Chiclayo es una de las áreas urbanas más importantes del Perú. Es ahora la cuarta ciudad más grande del país, después de Lima, Arequipa y Trujillo. La ciudad tiene una población de 594 7591 y es una de las ciudades más contaminadas del país. Su extensión territorial es de 252.39 km². El distrito central de la ciudad limita al Norte, con los distritos de Picsi, J. L. Ortiz y Lambayeque; al Sur, con Monsefú, Reque y La Victoria; al Este, con Pomalca; al Oeste, con Pimentel y San José.

La ciudad fue fundada cerca de un importante sitio arqueológico prehistórico, las ruinas del norte de Wari, que constituyen los restos de una ciudad desde el 7 al 12 de siglo Imperio Wari. Sin embargo eso no quita la identidad Mochica al que adscriben sus habitantes, debido a que la historia de la ciudad está ligada mayormente a esta antigua y riquísima civilización pre hispánica, que ha legado al mundo importantes descubrimientos de su gran cultura, como el Señor de Sipán.

1.2 Evolución Histórico tendencia del Objeto de Estudio.-

Por muchos años, se ha asociado los trastornos mentales, con la posesión de algún espíritu y su cura también por mucho ha sido a través de exorcismo, desde civilizaciones tempranas, se mal trataban a las personas enfermas de la mente, y existían curas crueles, como bañarlos con agua fría, golpearlos o encerrarlos. Desde las épocas pre hispánicas, podemos encontrar rastros de trastornos mentales, como por ejemplo, la Cultura Paracas, en la cual existe la suposición que se practicaba las trepanaciones craneanas, debido a alguna mal formación en dicha localización del cuerpo, pero también cuando se tenía la sospecha de algún mal mental, que como se creía era posesión de algún demonio, se habría el cráneo para que saliera y el paciente pueda curarse.

En la actualidad y sobretodo en el medio donde vivimos, tenemos presente a la depresión en el adulto mayor como un problema común y propio de la edad, al cual muchas veces no le brindamos la atención necesaria, para lo cual debemos tener en cuenta que de por sí, la vejez no produce ni es causa de depresión; entonces partiendo de esa premisa, debemos objetivar el porqué de este trastorno en dicho grupo etario, tomando como punto de partida, el conocimiento de la prevalencia de este trastorno en los adultos mayores. La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población geriátrica y, a la vez, una de las que más afectan el entorno del paciente, asimismo, puede predisponer o condicionar la evolución de muchas enfermedades crónicas y de procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional, mental y social, afectando la calidad de vida y elevando el riesgo de mortalidad no solo por el posible incremento de suicidios, los cuales para la fecha han tomado nuevas víctimas, sino por la enfermedad somática y la disminución de defensas con alteraciones inmunitarias, lo cual se ve reflejado en el aumento de patologías, sobretodo de tipo infecciosas.

Actualmente se evidencia el incremento poblacional respecto a los adultos mayores a predominio de los países subdesarrollados, asimismo, conforme este aumento mundial en la población adulta mayor, se predice también el aumento de trastornos depresivos con el consiguiente coste social y humano, llevando este trastorno a ocupar uno de los primeros lugares de morbilidad a nivel mundial. Las investigaciones acerca de trastornos depresivos en pacientes geriátricos en nuestro medio, han sido pocas, y la mayoría de éstas trató con pacientes asegurados, dejando así de lado un gran número de pacientes, los cuales no reciben atención médica periódica, ni son evaluados por especialistas, en los cuales se desconoce muchos problemas de salud, entre ellos, los trastornos depresivos.

En nuestra ciudad, Chiclayo, la cobertura de atención al adulto mayor en su respectiva especialidad, Geriátrica, es muy escasa, ya que sólo existe un Hospital que brinde dicha atención, la cual trata en su gran mayoría problemas de causa infecciosa u complicaciones agudas de enfermedades crónicas, no poniendo énfasis en el problema depresivo que éstos pacientes puedan tener. Cabe resaltar que un gran número de pacientes adultos mayores, al no contar con seguro médico, no reciben una adecuada atención, la cual debe ser integral, valorando diversos aspectos en la vida diaria de éste, tanto en el ámbito económico, social, laboral, familiar y personal, ya que por su misma condición de adulto mayor, se encuentran más propensos a repercusiones en su estado de salud, siendo de una forma u otra el inicio para trastornos posteriores.

Por otro lado, cabe mencionar que es necesario, reflexionar, sobre el papel que la sociedad ejerce sobre el adulto mayor, desde adjetivos como “viejo” “vejete” “abuelo”, hasta condiciones sociales de aislamiento, y denigración u olvido hacia el adulto mayor, nos preguntamos entonces, cuanto está influyendo la sociedad y las políticas del país para que las personas que atraviesan esta etapa, que

cada vez, son más, pues por ejemplo estos son privados de su derecho a votar, por ser mayores de 70 años, siendo su elección “opcional” pero ya no obligatoria, esto tiene un significado de desvaloración para el adulto mayor, es entonces la sociedad cómplice de un trato diferenciado, que puede ser un factor de riesgo depresivo y afecta la calidad de vida de estas personas.

1.3 Características del problema.-

En el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar. El trastorno depresivo en el adulto mayor involucra procesos patológicos que desencadenan diversos eventos que causan un impacto directo sobre la calidad de vida y estado de ánimo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.

Los estudios de prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores han sido escasos en nuestro medio, los pocos estudios siempre han estado sujetos a poblaciones que contaban con algún tipo de seguro médico, descuidando así a la población que no cuenta con dicho beneficio, el cual se podría considerar como uno de los aspectos más relevantes para no detectar esta enfermedad a tiempo.

En nuestra ciudad, Chiclayo, la cobertura de atención al adulto mayor en su respectiva especialidad, Geriátrica, es muy escasa, ya que sólo existe un Hospital que brinde dicha atención, la cual trata en su gran mayoría problemas de causa infecciosa u complicaciones agudas de enfermedades crónicas, no poniendo énfasis en el problema depresivo que éstos pacientes puedan tener. Cabe resaltar que un gran número de pacientes adultos mayores, al no contar con seguro médico, no reciben

una adecuada atención, la cual debe ser integral, valorando diversos aspectos en la vida diaria de éste, tanto en el ámbito económico, social, laboral, familiar y personal, ya que por su misma condición de adulto mayor, se encuentran más propensos a repercusiones en su estado de salud, siendo de una forma u otra el inicio para trastornos posteriores.

La Organización Mundial De La Salud (OMS) nos informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. En el Perú el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el instituto nacional de estadística e informática (INEI), el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. Por otro lado, en países como el nuestro, el proceso de envejecimiento se desarrolla acompañado de pobreza, inequidades, falta de oportunidades, con una baja cobertura de la seguridad social y falta de políticas de salud. Actualmente, se estima que sólo 56,3% de ancianos de las urbes tienen acceso a la seguridad social, encontrándose en situación de pobreza 41,7% y en pobreza extrema 19,5%. Esto se traduce en una necesidad, cada vez más prioritaria, de implementar

políticas y lineamientos enfocados a una adecuada atención a este sector de la población.

La OMS estima que, en el 2020, la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial, y la primera en países desarrollados. La depresión no es solo tristeza, es básicamente un estado de ánimo caracterizado por otros sentimientos tales como: indiferencia, soledad y pesimismo, afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; afecta la forma en que el paciente opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio.

En nuestro medio, se estima que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor en Lima metropolitana es de 9.8%, una prevalencia mayor que la hallada en jóvenes (8.6%) y en adultos (6.6%). A pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión geriátrica y en el mejoramiento de los tratamientos, continúan existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social.

A nivel institucional, dentro del trabajo en el servicio de psicología, los casos atendidos con adultos mayores, han arrojado frecuentemente problemas psicomotores, pérdida de memoria, y en el aspecto emocional, la depresión como principal problema afectivo. Y ello, relacionado muchas veces, a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que atraviesan los adultos mayores y se han podido detectar en la entrevista con los mismos.

Un aspecto psicosocial bastante mencionado por ejemplo, es la falta de actividad, muchos adultos mayores ya se han jubilado, o dentro del círculo familiar los limitan por temor a que se lastimen, golpeen, caigan o se hagan daño. Entonces ellos sienten ese cambio en el trato, los límites que ahora tienen, y al no ser procesados adecuadamente, muchas veces el proceso de adaptación se vuelve doloroso. Muchos crean un sentimiento de culpa por no ser tan útiles como antes y entonces empiezan a aislarse, entristecerse y sentir que la vida ya no tiene un sentido. Se sienten una carga. Otros, frecuentemente también, sienten el abandono o descuido de sus hijos, viven solos o con su pareja, pero extrañan a sus hijos, entonces ese vacío se hace más fuerte porque la mayoría del tiempo están sin actividades determinadas.

Entonces el abordaje psicológico muchas veces está orientado a disminuir esos sentimientos de vacío, culpa, soledad; además de motivarlos a la realización de nuevas actividades productivas, es un poco acompañar el proceso de adaptación.

1.4 Objetivos

Objetivo General

- ✓ Diseñar un programa de musicoterapia como medio de intervención para depresión en los adultos mayores, atendidos en un centro de salud de Chiclayo.

Objetivos Específicos

- ✓ Hallar niveles de depresión en este grupo etario.
- ✓ Describir las necesidades de los adultos mayores.
- ✓ Caracterizar la depresión en el grupo investigado.

1.5 Metodología.-

Investigación no experimental, que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en la que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Hernández, Fernández & Baptista (2016). El tipo descriptiva propositiva y transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Y su propósito fue describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede, según Hernández, Fernández & Baptista (2016).

La población estuvo conformada por un grupo de pacientes que integraban el programa adulto mayor del Centro de Salud José Olaya-Chiclayo, siendo un total de 29. Se aplicó La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El procedimiento se realizó de manera individual. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS utilizando como herramienta la estadística descriptiva; también se empleó distribución de frecuencias para ordenar los datos, de igual manera se trabajó porcentajes, media aritmética, mediana; por otro lado, los resultados del presente estudio fueron presentados y analizados en cuadros, gráficos de barras y tortas de porcentajes, utilizándose el computador y el programa aplicativo Excel para representar la información recolectada a través de gráficos y así interpretar de manera clara los resultados.

Capítulo II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Gonzalez D., A. (2014), en sus estudio “La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala.” Guatemala de la Asunción, Diciembre de 2014. En este estudio se ejecutan un total de 30 sesiones grupales en adultos mayores deprimidos de ambos sexos. Teniendo como resultado la disminución de sintomatología en depresión clínica, fortalecimiento de autoestima, adaptación de estrategias de afrontamiento, manejo de estrés y mejor proceso de emociones.

Lazo G., D. (2013), en su estudio “Programa de Musicoterapia grupal para mejorar el estado emocional en pacientes de la tercera edad que presentan depresión moderada” realizada en la Universidad de Uzuay. Cuenca-Ecuador. En el cual se aplicaron 14 sesiones con musicoterapia a pacientes de tercera edad que padecían depresión moderada de un Centro de Salud de Cuenca. Concluyendo que la utilización de la musicoterapia como elemento psicoterapéutico demostrando eficacia terapéutica ya que les permitía ampliar sus canales de comunicación mejorando la sociabilización y autoestima; a su vez esta influiría en sus emociones por medio de la música, las cuales al enfrentarlas positivamente en grupo les llevaría a generar conductas más asertivas al momento de enfrentar sus problemas, mejorando así su calidad de vida.

Erkkila, Punkanen, Phil, Fachner y Ala-Ruona (2011) publicaron un estudio en el Reino Unido, cuyo objetivo era determinar la eficacia de la Musicoterapia añadida a un cuidado estándar comparado a cuidado estándar en el tratamiento de depresión en 14 adultos entre 18 y 50 años de edad. El diseño del estudio fue experimental, estudio de caso, con una muestra de 79 sujetos diagnosticados con depresión según criterios de la CIE-10. El método consistió en dividir la muestra en dos

grupos de forma aleatoria, uno con un programa de Musicoterapia aplicada de forma individual, y otro grupo con tratamiento estándar en depresión. Se usó la escala de Montgomery-Asberg para diagnosticar la depresión. Se aplicó el programa de un total de 20 sesiones individuales. Los resultados evaluados con la t de Welch, concluyeron que participantes deprimidos, que formaron parte del programa de Musicoterapia adjuntado a un tratamiento estándar para la depresión, mostraron una mayor mejora comparada con los que sólo recibieron tratamiento estándar.

Cora L., Levinson (2007). “Estimulación de la creatividad en un grupo de mujeres adultas mayores de la Sierra Noroeste de Madrid”. Introducción para la tesis de licenciatura en Musicoterapia, Plan B de la Universidad del Salvador .Buenos Aires. Aplico un programa de 20 sesiones a mujeres adultas, concluyendo que la Musicoterapia es efectiva para crear relaciones interpersonales positivas, estimular la creatividad, psicomotricidad y potenciar habilidades sociales en sus participantes.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1. El Adulto Mayor

Antes de entrar en el concepto identificado, es importante establecer que se entiende por envejecimiento al proceso fisiológico que inicia al momento de la concepción, el cual representa los cambios ocasionados en las características de las distintas especies a lo largo de su respectivo ciclo vital, teniendo como consecuencia la limitación en la capacidad de adaptación en relación a su entorno. La OMS (2014) introduce el término Adulto Mayor, describiéndolo como el grupo etario mayor de 60 años de edad, cuyo estado de salud no es un término de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Involucra al individuo como un sujeto naturalmente social. La American Psychological

Association (2014) describe a la tercera edad como una etapa para descansar y reflexionar, durante la cual surgen oportunidades para llevar a cabo cosas que se han postergado a lo largo de toda la vida. Según Mecohisa (2011), estas personas afrontan problemas físicos, psíquicos y sociales, derivados de cambios biológicos propios de su edad, en ocasiones determinando rígidamente la capacidad para realizar una tarea que en algún momento de su vida podían desempeñar sin dificultad alguna. Gracias a los avances tecnológicos en la medicina y wdesarrollo social como la reducción de mortalidad prenatal e infantil, mejoras a las condiciones de higiene de vida y dominio de la mayoría de enfermedades infecciosas en la civilización humana, la población mundial a diferencia de hace algunas décadas cuenta con una proporción creciente de personas de edad más avanzada. La OMS (2013) establece que en los últimos años se ha visto un incremento en la proporción de adultos mayores a nivel mundial, según estimaciones entre los años 2000 y 2050 dicho grupo aumentará al 22% de la población mundial, con un aumento estimado de aproximadamente 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. La importancia en cuanto a salud en este grupo etario radica en el reconocimiento oportuno de los problemas a nivel físico y mental que pudiesen estar presentes.

2.2.2. Enfermedades y cambios frecuentes en Adultos Mayores

Fandiño (2011) describe la evolución psicológica normal de la vejez debe atravesar cuatro factores:

El deterioro progresivo de las propias funciones físicas

El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales

La transformación del medio familiar y de la vida profesional

Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores

La misma autora reconoce que la gerontología moderna rechaza el concepto de vejez como enfermedad; sin embargo, los adultos mayores

constituyen una población vulnerable debido a la directa relación entre envejecimiento y aparición de enfermedades generativas o crónicas. Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2014), las enfermedades y afecciones típicas fisiológicas y mentales de la edad avanzada son:

- ✓ Artritis: Inflamación en las articulaciones.
- ✓ Artrosis: Degeneración del cartílago articular.
- ✓ Cardiopatía isquémica: Aporte incorrecto de sangre oxigenada para bombear sangre en el músculo cardíaco.
- ✓ Arteriosclerosis de las extremidades: Deposito de sustancias lipídicas en paredes arteriales de tamaño medio y grande, disminuyendo el flujo de sangre afectando al sistema nervioso periférico y otros tejidos.
- ✓ Alzheimer: Pérdida progresiva de la memoria y de habilidades mentales en general debido a atrofia del cerebro.
- ✓ Parkinson: Dolencia neurodegenerativa producida por la pérdida de neuronas en sustancia negra cerebral.
- ✓ Sordera: Desgaste natural del oído que envejece.
- ✓ Desnutrición: Causada por pérdida de apetito en el adulto mayor, ingesta disminuida de proteínas y vitaminas esenciales.
- ✓ Problemas visuales: Como la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, entre otras.
- ✓ Demencia senil: Dificultad de comprender y pérdida de habilidades motoras, acompañada de cambios de personalidad y conducta, llegando a rasgos depresivos o psicóticos.
- ✓ Osteoporosis: Disminución de cantidad de minerales en huesos, perdiendo capacidad de absorción de calcio.

Debido al tema del presente estudio, se le hace un énfasis específico a la depresión, como uno de los trastornos más frecuentes durante la vejez, siendo abordado a profundidad posteriormente. Castañedo y

Sarabia (2014) establecen cambios psicológicos, sociales y familiares incidentes en el envejecimiento:

- ✓ Cambios psicológicos: o Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos.
- ✓ Modificaciones en las funciones cognitivas. o Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.
- ✓ Cambios sociológicos: o Cambios en el rol individual: Depende de la capacidad y personalidad de la persona el cómo afrontará los cambios en su vida. Puede desencadenar problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia.
- ✓ Cambios en el rol social: Como la jubilación, redes sociales y relaciones interpersonales, distancia intergeneracional, etc.

2.2.3 Teorías y aportaciones evolutivas

- Erick Erikson (1982,1986), Este autor explicaría el desarrollo humano como una búsqueda de identidad centrada en una evolución del desarrollo del ego, para lo cual hace un recorrido tomando desde la infancia, hasta la vejez. Él indica que el ego vendría a ser como un elemento unificador presente a lo largo del ciclo vital, con el fin de asegurar un comportamiento coherente de acuerdo con la sociedad y consigo mismo.

Esta teoría establece que todos los seres humanos nos desarrollamos en ocho etapas psicosociales, las mismas que se manifestarían a lo largo de la vida del ser humano debiendo confrontarlas. (Santrok, 2006, pág. 36).

Su teoría menciona que cuando una persona no puede confrontar la crisis de una de las etapas del desarrollo, esta continuaría descargando energía, no permitiendo desarrollarse correctamente las siguientes fases, creando luego dificultades en el desarrollo de la personalidad. Erikson (1982, 1986) Refiere que “la naturaleza de cada crisis es

diferente, y caracterizada por una bipolaridad (positiva – negativa). El individuo debe optar por uno u otro sentido según sus necesidades sociales; además, cada estadio está dominado por un sentimiento que determina la orientación del comportamiento” (Muñoz 2002, pág. 83). Este postulado consideraría que al final de estas etapas es fundamental encontrar un sentido de integridad, en vez de llegar a la desesperación por la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente; en este sentido menciona: “Las personas que han tenido éxito en esa tarea integradora final, construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande de su pasando presente y futuro”.(Muñoz 2002, págs. 83-84).

MODELO DE ERIKSON

ETAPA	CRISIS	EVOLUCIÓN POSITIVA
Primera infancia	Confianza/desconfianza	Esperanza, motivación
Infancia	Autonomía/duda	Voluntad
Edad juego	Iniciativa/Culpabilidad	Finalidad objetividad
Edad escolar	Laboriosidad/inferioridad	Competencia
Adolescencia	Identidad/confusión	Fidelidad
Adulto	Intimidad/aislamiento	Afiliación , amor
Madurez	Generatividad/estancamiento	Productividad
Vejez	Integridad/desesperación	Sabiduría

- Robert J. Havighurst (1972) Influído por la teoría de Erikson, su concepto vendría hacer “el dominio de las tareas en cada etapa del desarrollo, daría como resultado el ajuste y una preparación para tareas más duras que se encontraran en el futuro, y una mayor madurez. El fracaso de dominar las tareas del desarrollo, daría por resultado desaprobación social, ansiedad, e incapacidad para funcionar como persona madura”. Este autor refería a esta etapa de la vida como el fin de la madurez y que tendría como comienzo a los 65 años de edad, culminando con la muerte. (Rice, 1997, pag. 334).

Durante el final de la madurez el adulto se desliga de algunas de las funciones que tuviera en la madurez; esta liberación deja a la persona libre para implicarse o seguir la implicación en otras funciones, como las de abuelo ciudadano, miembro de un club o amigos.

2.3 La depresión

La depresión es una dolencia que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Algunos autores hoy en día prefieren hablar de calidad de vida, cuando se trata de adultos mayores. Las depresiones a nivel geriátrico suelen presentar una amplia gama de manifestaciones pero clínicamente diferentes de las personas más jóvenes, siendo los síntomas más frecuentes: problemas de memoria, ansiedad, problemas somáticos; hecho al que nos llevaría a pensar como describe Kielhoiz: “como la presencia de una depresión enmascarada, presentándose con mayor frecuencia en pacientes ambulatorios”. (Toro & Roldan, 2004, pág. 386).

Los criterios diagnósticos para la depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la clasificación de enfermedades: Trastornos mentales y de comportamiento, (CIE-10) y de la American Psychiatric Association (DSM-VI-TR), ambas asociaciones comparten que la gravedad de los episodios se basa en el

número, el tipo de intensidad de los síntomas, y, en el grado de deterioro funcional

Es de importancia considerar al momento de un diagnóstico clínico de depresión en estas personas, no tomar en cuenta solo la tristeza o síntomas depresivos temporales que todo individuo pueda sufrir en un momento determinado de su vida; sino valorar si existe un trastorno afectivo que esté afectando la calidad de vida de este; por tal motivo, antes de afirmar que un adulto mayor presenta un cuadro depresivo, tenemos que asegurarnos que manifieste un conjunto de los siguientes síntomas según el (American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002).

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- (2) Considerable disminución del interés y placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día o casi todos los días.
- (3) Disminución significativa de peso sin estar a dieta o aumento exagerado; disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días, observable por los demás.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Mínima capacidad de pensar o concentrarse, con indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico, un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Que los síntomas no cumplan los criterios de un episodio mixto.

C. Que los síntomas estén provocando malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican por un duelo, (es decir que tras la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

2.3.1 La depresión en el adulto mayor

Más del 20% de los adultos mayores de 60 años padecen algún tipo de trastorno mental o neurológico, en dicho grupo no se incluye padecimientos tales como cefaleas. Aproximadamente el 6.6% de las discapacidades en la vejez se atribuyen a dichos trastornos. Ocupando tanto la demencia como la depresión los primeros lugares en frecuencia; los trastornos de ansiedad se presentan en el 3.8% de la población mayor a 60 años, con una afección de problemas de abuso de sustancias en el 1%. Por otro lado, la mortalidad atribuida a daños auto infligidos aqueja en una cuarta parte de los casos al adulto mayor

(OMS, 2014). Sin embargo, es frecuente que dichos problemas sean pasados por alto o diagnosticados de forma errónea, principalmente los referentes al abuso de sustancias psicotrópicas, dificultando la identificación de los mismos por parte tanto del personal de salud como del grupo de la tercera edad; a esto sumado los estigmas y prejuicios sociales, los cuales dificultan la búsqueda de apoyo en dicho grupo poblacional. La población mayor, debido a su dependencia y a la pérdida de capacidades funcionales, se ha visto susceptible al descuido físico y maltrato. Dichos factores, además de relacionarse con afecciones físicas que pueden poner en peligro la vida del individuo, se relacionan con la gravedad de problemas psíquicos de carácter crónico, entre los cuales destacan padecimientos tales como ansiedad y depresión. Se ha determinado que la depresión en el adulto mayor afecta la calidad de vida de los individuos.

Es también frecuente su asociación con otros problemas fisiológicos frecuentes en dicha etapa de la vida, lo cual obstaculiza su detección oportuna y abordaje terapéutico. Las consecuencias de la depresión en el adulto mayor se caracterizan por su amplio espectro, afectando el desempeño de los individuos y su percepción de bienestar, lo cual incrementa las consultas a servicios médicos y, por consiguiente, los costos de atención sanitaria (OMS, 2013). La APA (2014) reconoce que el proceso de envejecimiento no siempre coincide con la postura idealista y positivista que muchas personas consideran, pues la tercera edad coincide con eventos contextuales y personales que se convierten en una carga pesada para el bienestar psicológico de una persona envejeciendo. Entre estos factores están:

- Trastornos médicos crónicos y debilitantes
- Pérdida de amigos y seres queridos
- Incapacidad para participar en actividades que antes se disfrutaban

- Sensación de pérdida de control sobre la propia vida debido a problemas de vista, audición y otros cambios físicos
- Presiones externas como recursos financieros limitados

Está estudiado que algunos cambios corporales asociados con el propio proceso de envejecer son capaces de incrementar el riesgo de un individuo para que padezca depresión. Entre estos cambios se incluye bajas concentraciones de folato en la sangre, deterioro mental, demencia y Alzheimer. Otro dato alarmante es que se ha comprobado que el índice de mortalidad de hombres y mujeres de la tercera edad deprimidos es mayor que el de los que se encuentran felices y satisfechos con su vida. Paralelamente, los sentimientos característicos de la depresión como la desesperanza y el aislamiento pueden ser catalizadores para desarrollar ideas suicidas (APA, 2014).

Según Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006), la depresión se define como un “síndrome o agrupación de síntomas susceptibles a valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podrá hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva”.

2.4. La musicoterapia como tratamiento para la depresión

Dada la terapéutica controversial para el manejo farmacológico de la depresión, recientemente se han implementado diversas técnicas alternativas para el abordaje de la misma, ya que según Zarebski (2001) se puede abordar la depresión simultáneamente con un fortalecimiento de la autoestima e incentivación de contacto con otras

personas al trabajar con grupos de pacientes. El grupo en sí desempeña la función de promover la salud, recurriendo a dinámicas y desempeño de destrezas y discusiones verbales con contenido emocional que logran mejorar el bienestar psicológico de los individuos. Entre los principales métodos para tratar la depresión, se encuentran los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, los cuales son una forma viable de reducir la sintomatología y estabilizar el estado de ánimo; sin embargo, éstos requieren recurrir a un especialista y dichos medicamentos pueden presentar una amplia gama de efectos secundarios perjudiciales para el bienestar de la persona. Por otro lado, está la terapia electroconvulsiva (TEC), la cual se emplea en casos de depresión severa en 31 donde los medicamentos no logran una vía efectiva para su resolución. En la actualidad, se ha perfeccionado la TEC, pero no está libre de efectos secundarios como convulsiones indeseadas o pérdida de memoria (National Institute of Mental Health, 2014). La misma institución establece que la psicoterapia también puede ayudar a tratar la depresión, haciendo uso de la enseñanza de nuevas formas de pensar y comportarse, modificando hábitos que posiblemente contribuyen con la depresión en sí. Paralelamente, existen diversos tratamientos alternativos para el manejo de la Depresión, entre los cuales está la Musicoterapia, la cual forma parte fundamental del presente estudio.

Otras opciones alternativas de tratamiento para la depresión son:

- ψ Arteterapia: Se hace uso del estímulo de la creatividad y el juego, permitiendo el uso de expresiones no verbales para dar un equilibrio en el individuo. Es la expresión plástica como medio de comunicación para explorar y elaborar el mundo de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines de desarrollo personal (Serrano, 2007; Sánchez, 2009).

- ψ Danzaterapia: Empleo de la danza como expresión creativa por medio del movimiento consciente. Sistema que integra diversas disciplinas como el drama, el baile, las expresiones corporales y psicomotricidad. También emplea Musicoterapia con el objetivo de promover el bienestar general del cuerpo y la mente, revalorizando recuerdos y activando la memoria (Golub, s.f.)

- ψ Terapia ocupacional: Proceso rehabilitador, el cual un individuo con discapacidades físicas o mentales puede desarrollar habilidades, conocimientos y herramientas esenciales para la vida cotidiana, teniendo un efecto positivo sobre su bienestar psicológico, físico y social (Polonio, 2004). Justo como los métodos alternativos mencionados previamente, la Musicoterapia cada vez adquiere más popularidad como un método eficiente para el abordaje de diversas discapacidades y enfermedades orgánicas y psicológicas. A continuación, se profundiza más sobre la historia de dicho enfoque, así como en sus modelos, técnicas y especificaciones.

2.4.1 ¿Qué es la Musicoterapia?

Podemos definir la Musicoterapia como “la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento, a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así podemos: facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración grupal y social”. “Música, arte y proceso”. “La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de

adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales".

2.4.2 Modelos y técnicas de la musicoterapia en personas depresivas

La técnica musicoterapéutica para pacientes depresivos utiliza la comunicación no verbal para ayudar a los pacientes a expresar sus emociones. Los enfoques de musicoterapia en todo el mundo han surgido de diversos modelos, como tratamientos conductuales, psicoanalíticos, educativos o humanísticos. Si bien las técnicas utilizadas son también diversas, pueden categorizarse ampliamente como "activas", en las que las personas recrean, improvisan o componen música y "receptivas", en las cuales ellos escuchan música (Bruscia 1998). El supuesto mecanismo de acción de la musicoterapia receptiva es que diferentes tipos de estímulos musicales inducen directamente cambios físicos y emocionales. Las formas receptivas pueden incluir una actividad que se realiza mientras se escucha música en vivo o grabada, como relajarse, meditar, moverse, dibujar o recordar el pasado. Se ha sugerido que esta forma de musicoterapia puede ayudar a reducir el estrés, aliviar el dolor y energizar el cuerpo (Bruscia 1991; Standley 1991). En los modelos activos, el musicoterapeuta utiliza técnicas clínicas de improvisación para estimular, guiar o responder al paciente que pueda utilizar su voz o el instrumento musical que prefiera dentro de su capacidad. Los pacientes también pueden traer canciones escritas por ellos mismos u otras personas. El supuesto mecanismo de acción aquí es que la relación musical co-creada entre el musicoterapeuta y el paciente permite al paciente experimentarse a sí mismo de otro modo y profundizar en sus problemas relacionales y emocionales al hablar del diálogo musical. En los últimos años, la musicoterapia ha evolucionado y se ha ido especializando en áreas particulares, por ejemplo, la musicoterapia neurológica (es la aplicación específica de la música en las

disfunciones cognitivas, sensoriales y motrices en la rehabilitación neurológica; Thaut 1999). A menudo, se utiliza una combinación de diferentes técnicas en el mismo tratamiento. La elección del método tiende a basarse en las necesidades de la persona, el entrenamiento del musicoterapeuta y el contexto (Drieschner 2001; Wigram 2002). La musicoterapia en este tipo de pacientes se aplica en distintos períodos de tiempo, abarcando desde unas semanas a varios años. La intensidad del tratamiento también varía, realizando sesiones diarias, semanales o mensuales. Las personas pueden recibir tratamiento en grupos o individualmente. Aunque no se suele definir la musicoterapia como una “terapia alternativa”, en muchos casos cuando la terapia estándar fracasa o no avanza en la solución del tratamiento, la musicoterapia se alza, no como una alternativa, sino como una realidad donde no pueden llegar otros tipos de tratamientos.

Tan profundo es el efecto de la música sobre las emociones humanas y tan impresionantes los aparentes cambios que algunas veces produce en la personalidad que uno no se sorprende al encontrar en la historia de la psicología y de la psicoterapia una cantidad considerable de estudios referentes al uso de la música en depresión. Probablemente los primeros intentos se llevaron a cabo en el “Walter Reed Hospital” durante la Segunda Guerra Mundial, debido al gran número de pacientes que necesitaban tratamiento psiquiátrico. Afortunadamente, las primeras investigaciones con sentido pragmático fueron desarrolladas por un equipo permanente, organizado por una de sus participantes Miss Papere, quién creó la “Music Research Foundation”. Los trastornos emocionales pueden variar enormemente, con algunos problemas que aparecen primero en la infancia, otros tienden a surgir principalmente en la edad adulta. Dada esta variedad entre los pacientes, ¿cómo selecciona un musicoterapeuta las intervenciones que son apropiadas para los diferentes tratamientos? En parte, el hecho de que la música se puede utilizar en una gran variedad

de programas de tratamiento se debe a su flexibilidad como arte. La música puede ser significativa en diferentes edades y puede tener numerosas funciones en la sociedad (Davis, Gfeller y Thaut 2000).

A continuación se exponen diferentes usos terapéuticos de las actividades musicales en personas con trastorno depresivo:

1. Escuchar y responder a la música: algunas veces la gente describe que la música suena como un sentimiento determinado. Por ejemplo, alguien puede describir la música como alegre o quizás triste. Ya que la música es un lenguaje emocional que evoca pensamientos y sentimientos, puede ser un medio muy potente para ayudar a los pacientes a ser más conscientes de sus pensamientos y sentimientos o para promover una conversación o una interacción social (Unkefer 1990).

2. Interpretar y componer música: las actividades orientadas al producto se centran principalmente en la creación de un producto final, como completar una composición musical o interpretar una canción que se acaba de aprender. Dado que muchos pacientes tienen problemas de autoestima, el sentimiento de haber realizado algo y la mejora de la autoestima que acompaña a este tipo de actividad son los objetivos terapéuticos deseados (Davis, Gfeller y Thaut 2000).

3. Música y movimiento: son muy importantes las percusiones corporales para estos pacientes, ya que les hacen conscientes de su propio ritmo y el de los demás. La independencia gestual es imprescindible en la vida diaria y en el desarrollo de las funciones del lenguaje. La libre utilización del lenguaje gestual origina el desarrollo de un modo no verbal, facilita el desbloqueo motor, la comunicación, el diálogo y el contacto con el mundo exterior (Verdeau y Guiraud, 2000).

4. Música combinada con otras artes expresivas: la música se puede combinar no sólo con danza y movimiento, sino también con artes plásticas y escritas. El estímulo musical puede actuar como catalizador para la expresión de pensamientos y sentimientos en un medio artístico o literario. Las cualidades de la música, ya sea rítmica y viva o quieta y contemplativa, ayudarán a generar ideas y estructurar el arte plástico y literario (Unkefer 1990).

5. Música para recreación y diversión: las actividades musicales pueden ofrecer tanto a la persona sana como a un grupo el foco para el placer personal. Estas personas pueden necesitar habilidades de tiempo libre para llenar sus horas vacías. Tocar música con amigos es un ejemplo perfecto (Davis, Gfeller y Thaut 2000).

6. Música y relajación: se puede utilizar la música para inducir a la relajación, ofreciendo unas técnicas estructuradas guiadas para inducir un estado de relajación física y mental (Hanser 1985).

La utilización de la música descrita en los diferentes puntos anteriores no se tendría que interpretar como un “recetario” de cómo la musicoterapia se lleva a cabo. Más bien, ofrece una visión global de cómo la música se puede utilizar como medio terapéutico. Por otro lado, Wheeler (1983) ha propuesto **tres niveles de práctica clínica** en musicoterapia para tratar las necesidades tan variadas y divergentes de pacientes depresivos:

1. Musicoterapia de apoyo, orientada a las actividades: estas actividades están estructuradas muy cuidadosamente por el terapeuta para maximizar la participación de los pacientes, que pueden variar enormemente en cuanto a nivel funcional y habilidad musical.

2. Musicoterapia reeducativa, orientada al proceso: a este nivel, la participación activa es aún más importante, pero hay un mayor énfasis

en la reflexión y en el proceso verbal sobre las relaciones interpersonales y emocionales (Davis, Gfeller y Thaut 2000).

3. Musicoterapia reconstructiva, de orientación analítica: a este nivel, las actividades musicales se utilizan para destapar, soltar o resolver conflictos inconscientes (Corey 1996). Desde un punto de vista psicológico, se puede destacar la evidencia de la música como catarsis de emociones no expresadas verbalmente y como una influencia que puede producir cambios en la personalidad.

También existen diferentes orientaciones filosóficas para aplicar las actividades musicales en personas depresivas. Las principales son las siguientes:

1. Modelo Psicodinámico: Aunque Freud nunca mencionó el uso de la música en terapia, algunos de sus seguidores han discutido la naturaleza terapéutica de la música. Según Ruud (1980), la música se utiliza como medio terapéutico dentro de este modelo de varias maneras: la música como una forma no verbal de expresión se puede utilizar para explorar materiales inconscientes, la música se puede utilizar como salida para expresar necesidades hostiles o inaceptables, y a través de la participación exitosa en actividades musicales el paciente puede experimentar un sentimiento de dominio y control que contribuye a una mejora del auto-concepto y al refuerzo del ego. Actividades musicales como la improvisación o la imaginación guiada (utilizar música para evocar imágenes) se pueden utilizar para explorar material inconsciente. El individuo puede tocar música con un instrumento para expresar de una manera alternativa pensamientos y sentimientos incómodos o conflictivos (Ruud 1980). Por ejemplo, una persona puede sentir mucha hostilidad y enfado hacia alguien. En vez de expresar estos sentimientos a través de una agresión física o verbal, esta persona puede tocar el piano muy fuerte o con mucha fuerza física. Estos sentimientos, que no son socialmente apropiados, son

sublimados cuando se sustituye su expresión por una acción aceptable, por ejemplo tocar el piano (Davis, Gfeller y Thaut 2000).

2. Modelo conductual: hay una gran variedad de cosas que se puede utilizar como refuerzo en un programa conductual. Uno de los refuerzos más importantes que pueden utilizar los musicoterapeutas es la propia música. Ya que la música es agradable y las actividades musicales pueden ser muy divertidas, se pueden utilizar como refuerzo para cambiar conductas en la dirección deseada (Thaut 2000).

3. Modelo cognitivo: en musicoterapia, el terapeuta puede utilizar el contenido musical y lírico de canciones en terapia individual o de grupo para ayudar a explorar creencias y emociones producidas por un pensamiento desordenado (Bryant 1987).

4. Modelo humanista: la relación del terapeuta con el paciente es muy importante. Este tipo de terapia, la relación del terapeuta y el paciente es probablemente más importante que cualquier técnica en particular (Corey 1996). Se han hecho muchos avances en los últimos años en cuanto a la comprensión de las causas de las enfermedades mentales y el desarrollo de mejores métodos de tratamiento farmacológico y terapias psicosociales. La musicoterapia es una de las terapias que ayuda a eliminar o reducir el impacto de las conductas disfuncionales. Dado que la música es un arte flexible, que atrae a mucha gente, tiene un gran potencial como herramienta de tratamiento para una gran variedad de necesidades terapéuticas. Además de adaptarse a los diferentes niveles de funcionamiento de los pacientes, las intervenciones de musicoterapia reflejan la orientación filosófica del tratamiento (David, Gfeller y Thaut 2000). Se ha demostrado que el uso de las actividades musicales en personas depresivas puede ser un recurso muy valioso.

La Musicoterapia posee diversos modelos de intervención, de los cuales cada uno cuenta con características propias en cuanto a sus objetivos, teoría, utilización clínica y procedimientos. Bruscia (1998) destaca entre estos modelos la Musicoterapia Creativa, propuesta por Nordoff y Robbins, como el modelo que se refiere a la implicación del terapeuta en el trabajo de crear e improvisar la música para las sesiones. Dicho proceso brinda continuidad a las experiencias terapéuticas conforme se dan las sesiones. El mismo autor también menciona a la Musicoterapia Analítica, la cual fue planteada por Priesly en la década de los setentas. El modelo Analítico de dicha técnica se remonta al pensamiento psicoanalítico, en el cual la improvisación musical implica una variación entre paciente y terapeuta, además del discurso verbal. Se centra en la intervención del terapeuta para explorar la vida interna del paciente para así poder facilitar su desarrollo, sin preocuparse por el perfeccionar, mejorar o incrementar el conocimiento musical del éste. El tercer modelo de Musicoterapia destacado por Bruscia es la Terapia de Libre Improvisación de Alvin, la cual consiste en la improvisación musical, exenta de temáticas determinadas por el terapeuta o de estructuras musicales establecidas. Dicha improvisación se puede hacer mediante actividades como la audición, la composición, el movimiento y la ejecución. La propuesta de Alvin se utiliza como enfoque clínico como parte de un tratamiento médico o psicológico para abordar desórdenes físicos, mentales o emocionales. Independientemente a Bruscia, otro de los más importantes precursores de la Musicoterapia es Benenzon, quien haciendo uso de su nombre, propuso un modelo basado en el descubrimiento de la historia sonora musical del individuo, tomando como punto de partida sus gustos musicales y la evolución de los mismos. Establece el concepto de ISO o identidad sonora, definiéndolo como conjunto de energías sonoras acústicas y de movimiento que pertenecen y caracterizan a un individuo. La Musicoterapia nutre de forma dinámica los procesos de comunicación del paciente al

estructurar una identidad corporo-sonoro-musical que le caracteriza (Benenzon, 2000). Existen también otros modelos de aplicación de la música con fines terapéuticos y educativos en niños, adolescentes, adultos y ancianos; sin embargo, se toman en cuenta los principales en el presente estudio. Los modelos mencionados y los omitidos se tienden a clasificar como receptivos o pasivos al dar prioridad a la audición musical; también activos o creativos, estando más orientados al movimiento físico en la ejecución vocal, instrumental o corporal. La clasificación de cada modelo y aplicación es dependiente de la acción física que el paciente desempeña en las sesiones (Poch, 1998).

Las técnicas que se aplican en Musicoterapia dependen de cada modelo, pues cada uno cuenta con su propio conjunto de procedimientos y términos para denominarlas. Resulta importante destacar que las técnicas explicadas a continuación hacen referencia a las que se emplearán en las intervenciones realizadas para el presente trabajo. Bruscia (1999) relaciona las técnicas con la fase específica del proceso del paciente o grupo de éstos, englobando acciones e interacciones de diversas modalidades; entre las cuales se encuentran musicales, no musicales, verbales y no verbales. Dependiendo de la sesión y la técnica o actividad, se puede involucrar al terapeuta y aplicarse en un grupo completo. El autor después de haber revisado los diferentes modelos de terapia de improvisación en Musicoterapia, identificó sesenta y cuatro técnicas clínicas para aplicar individual o colectivamente. Dichas técnicas fueron agrupadas en nueve grandes grupos:

- a. De empatía
- b. De estructura
- c. De intimidad
- d. De facilitación
- e. De redirección
- f. De procedimiento

- g. De exploración emocional
- h. De debate
- i. Referenciales

Tomando como referencia la clasificación de técnicas establecidas por Bruscia, siendo las que serán utilizadas en el presente estudio, se explican las siguientes:

- ψ Técnicas de empatía: Enfocadas principalmente en establecer la relación terapeuta-paciente, para facilitar una respuesta interactiva, reproduciendo o haciendo en modo de reflejo lo ejecutado por el paciente.
- ψ Técnicas de estructura: Buscan proporcionar una base rítmica y tonal, también definiendo la duración y forma de una idea musical completa.
- ψ Técnicas de intimidad: Proponen tratar los temas de límite interpersonal, desarrollo de cooperación, establecimiento de reciprocidad, acentuar el reconocimiento del otro, solidificar sentimientos de confianza y transmitir reacciones que el terapeuta tiene hacia los pacientes.
- ψ Técnicas de facilitación: Orientadas a permitir y dar mayor acceso a la respuesta musical, estableciendo un clima o estado emocional, exhibir un rasgo particular de la personalidad y centrar la narración en temas específicos para desarrollar las sesiones.
- ψ Técnicas de redirección: Están encaminadas a facilitar la expresión al momento en el que el paciente se estanca o bloquea, fomentando la independencia entre los roles terapeuta-paciente.
- ψ Técnicas referenciales: Se encargan de fomentar en el paciente la proyección de sentimientos y experiencias personales sobre la música.

- ψ Técnicas de exploración emocional: Buscan la expresión de sentimientos difíciles de exteriorizar, motivando a los participantes a encontrar diversas maneras por medio de improvisaciones, recurriendo al intercambio de roles dentro de la improvisación para dar una atmósfera más permisiva y de aceptación.

2.4.3. El Musicoterapeuta

La eficacia de la Musicoterapia se apoya en aspectos personales del encargado o responsable que imparte las sesiones, aplicando las variadas técnicas mencionadas anteriormente. El musicoterapeuta debe contar con una implicación emocional al momento de trabajar personas a quienes pretende ayudar, así como habilidades musicales funcionales ya sea dominando uno o más instrumentos musicales, canto, rítmica, entre otros. Además de dominar habilidades de dinámica grupal, aspectos personales como la sensibilidad, la paciencia, el buen sentido del humor, una buena salud física, mental y emocional brindan un aporte directamente proporcional a la calidad de intervención que ejecute. Entre los conocimientos que debe poseer están los diferentes estilos y géneros musicales, ser proactivo, apto para la improvisación y comunicación con las demás personas en general. La empatía y la aceptación incondicional dan lugar al impulso de aspectos positivos de la personalidad del paciente y del terapeuta, fomentando y mejorando la autoestima, recuperando sentimientos y valores perdidos u olvidados (Poch, 1998; Bruscia, 2007; Mercadal y Augé, 2008).

2.4.4 Importancia de la Musicoterapia en el tratamiento de la Depresión

Según Maratos (2009), la Musicoterapia se ha utilizado de varias formas para abordar la depresión, combinando la aplicación activa o receptiva en pacientes. Es el terapeuta el que hace uso de técnicas

clínicas para establecer una conexión con sus pacientes, mediante el desarrollo de un diálogo improvisado el cual posteriormente se vuelve en plataforma para la concienciación emocional. Elizondo (2012) menciona que la Musicoterapia tiene un carácter interdisciplinario, el cual puede integrarse con otros tratamientos para brindar a pacientes la posibilidad de conservar sus capacidades cognoscitivas, trastornos del comportamiento e incluso demorar el curso de enfermedades. Es una herramienta que puede mejorar las funciones motoras y perceptivas, junto al favorecimiento del desarrollo intelectual y cognitivo; así mismo es un elemento relajante frente a desequilibrios nerviosos y problemas de estrés. Tal y como se plantea en la teoría expuesta anteriormente, la vejez es una etapa más de la vida, en la cual se dan cambios psicológicos, fisiológicos y sociales que determinan el estilo de vida del adulto mayor, presentando una alta incidencia de disminución de autoestima y satisfacción ante la vida, pues tras ser institucionalizado, se atraviesa un proceso de duelo sobre la pérdida de contacto con la familia y amistades, así como la muerte de seres cercanos y pérdida de habilidades que le permiten valerse por sí mismo. Es debido a éstos y otros factores que la Depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez. Por lo tanto, la Musicoterapia, a través del desarrollo dinámico y activo de habilidades motoras junto con la música y expresiones no verbales, fomenta la interacción social entre grupos, brindando un beneficio concreto al bienestar psicológico de las personas y reduciendo así su malestar y desequilibrio emocional.

Capítulo III

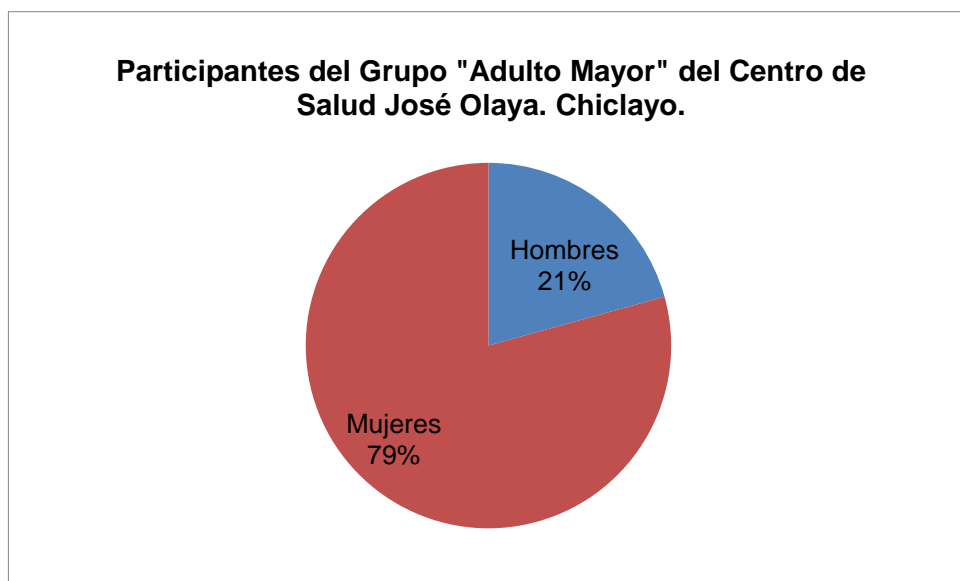
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Total de pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio, según sexo.

Participantes del Grupo "Adulto Mayor" del Centro de Salud José Olaya. Chiclayo.		
Sexo	Numero	Porcentaje
Hombres	6	20.70%
Mujeres	23	79.30%
Total	29	100.00%

Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya.

Gráfico 1: Total de pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio, según sexo.

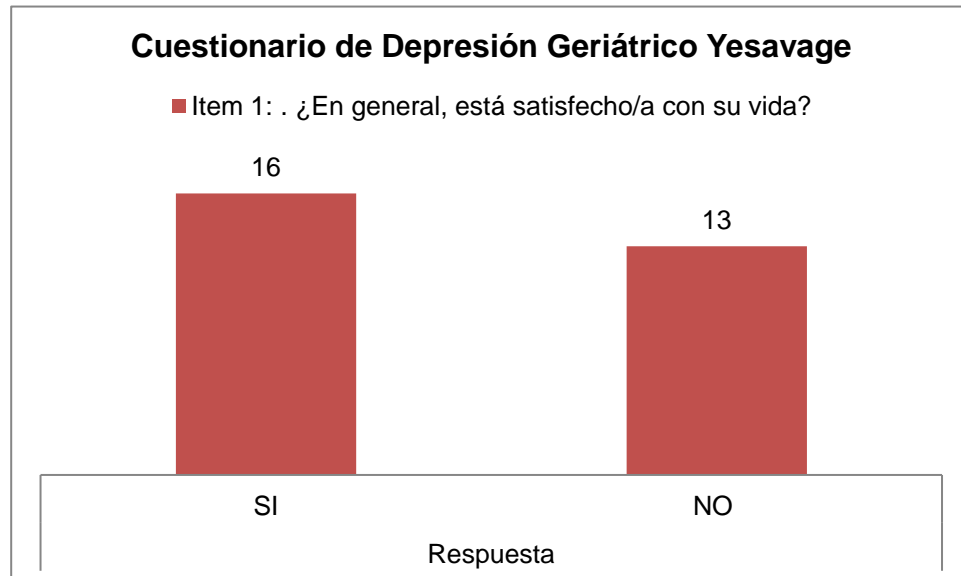


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Del total de la población, en su mayoría fueron mujeres las evaluadas, pues dentro del contexto los varones piensan que reunirse en un grupo es “solo para mujeres”, denotando una idea machista que aísla a los adultos mayores varones de la participación de un grupo medico asistencial como el de “Adulto Mayor”.

Gráfico 2: *Resultados del ítem N° 1 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

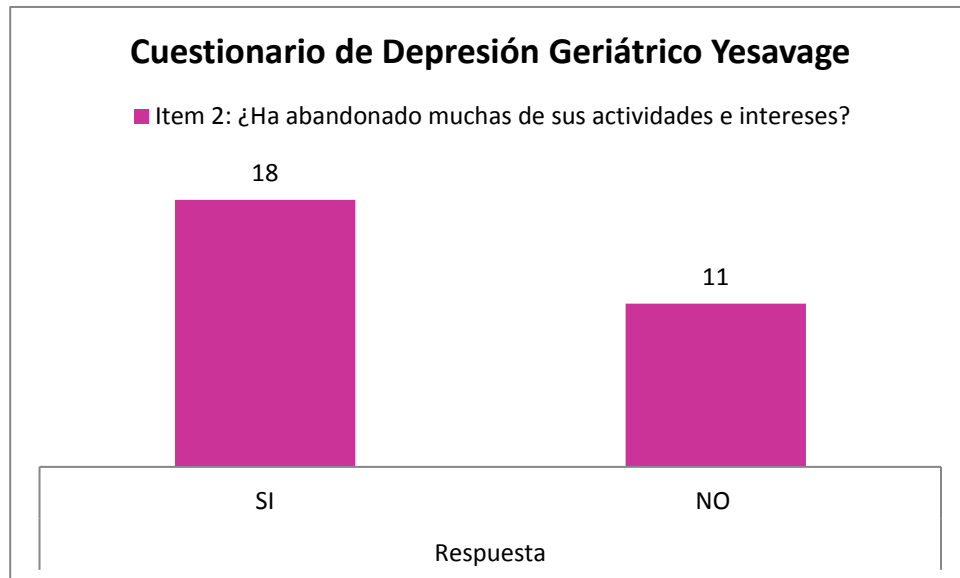


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

La percepción general de la satisfacción de vida es ligeramente mayor de la no satisfacción, denotando gusto por la vida en 16 participantes y lo contrario en 13 de los mismos.

Gráfico 3: Resultados del ítem N° 2 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.

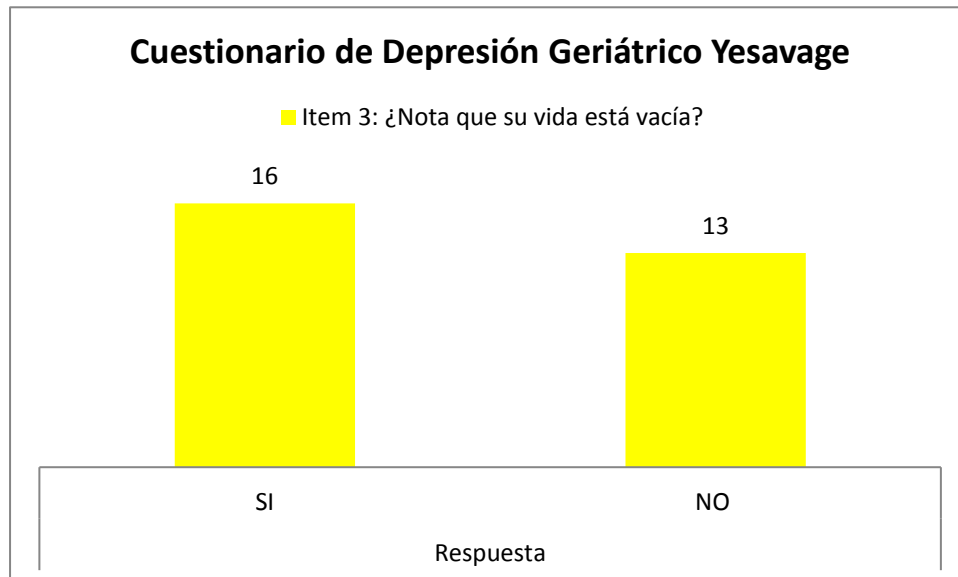


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

En cuanto a este ítem si se observa diferencias significativas, la mayoría de participantes ha abandonado muchas de sus actividades, en parte es propio del paso de una etapa a otra como se revisó en la literatura, sin embargo hay que tener cuidado en cómo se está manejando esta adaptación a nuevas rutinas para que el adulto mayor no disminuya su actividad física y mental, que pueda significar un factor de riesgo depresivo.

Gráfico 4: *Resultados del ítem N° 3 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

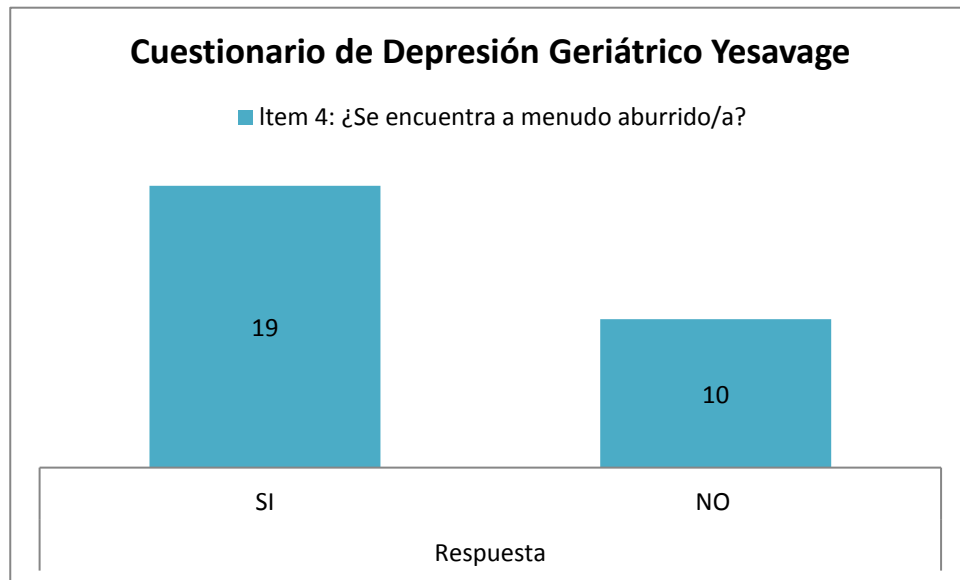


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Los participantes que consideran que su vida está vacía versus los que no consideran ello verdad, son casi iguales en proporción, (13/16). Este indicador es importante pues como se vio anteriormente, el ítem 2 nos evidencia que en su mayoría estos adultos mayores han abandonado sus intereses, y producto de ello puede que ahora sientan que su vida no está completa, permitiendo tener un panorama amplio de la problemática que nos encamine a plantear estrategias adecuadas para trabajar depresión en ellos.

Gráfico 5: *Resultados del ítem N° 4 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

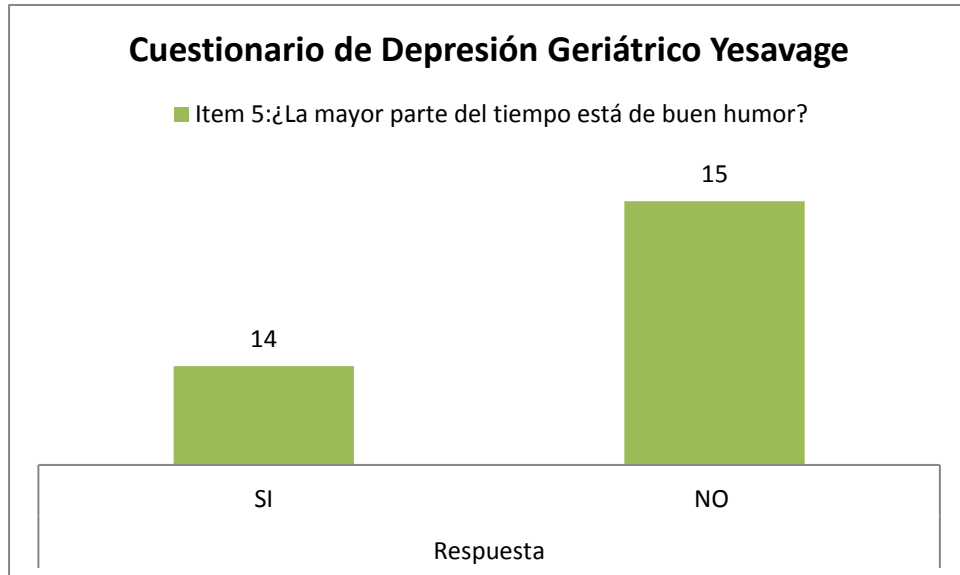


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Observamos que en este resultado, las personas que se encuentran aburridas a menudo son mayores que las que no, y en relación con los otros ítems, podemos darnos cuenta que el aburrimiento se relaciona con las pocas actividades y mantenerse ocupado física o mentalmente, por lo que se amplía un poco más el foco de problemática. También podría plantearse la desmotivación como característica del aburrimiento, y es un tema importante a tener en cuenta.

Gráfico 6: Resultados del ítem N° 5 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.

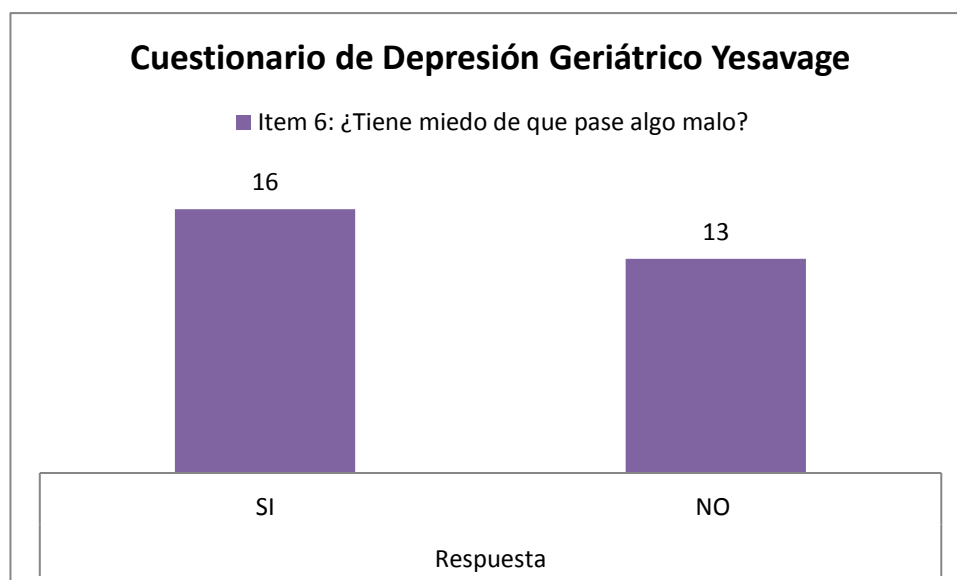


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Más de la mitad de los participantes no está de buen humor la mayor parte del tiempo. Recordemos que la irritabilidad, es un indicador de depresión, pese a lo que muchos creen, no siempre la pasividad va a caracterizar este trastorno del ánimo.

Gráfico 7: Resultados del ítem N° 6 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.

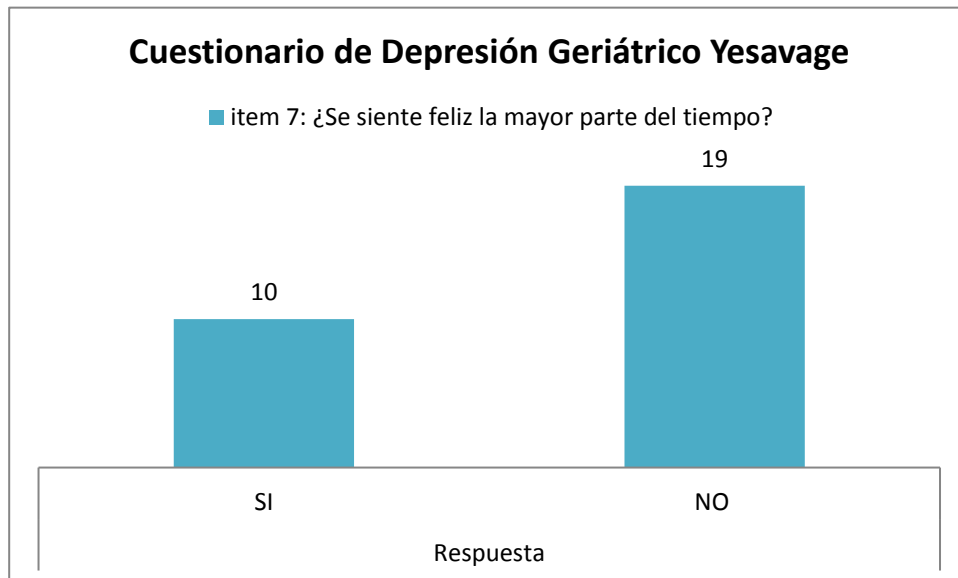


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Es evidente que más de la mayoría de adultos mayores vive con el temor de que le suceda algo malo (16), este estado en periodos prolongados podría afectar su estado funcional adecuado, y desencadenar procesos de angustia.

Gráfico 8: *Resultados del ítem N° 7 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

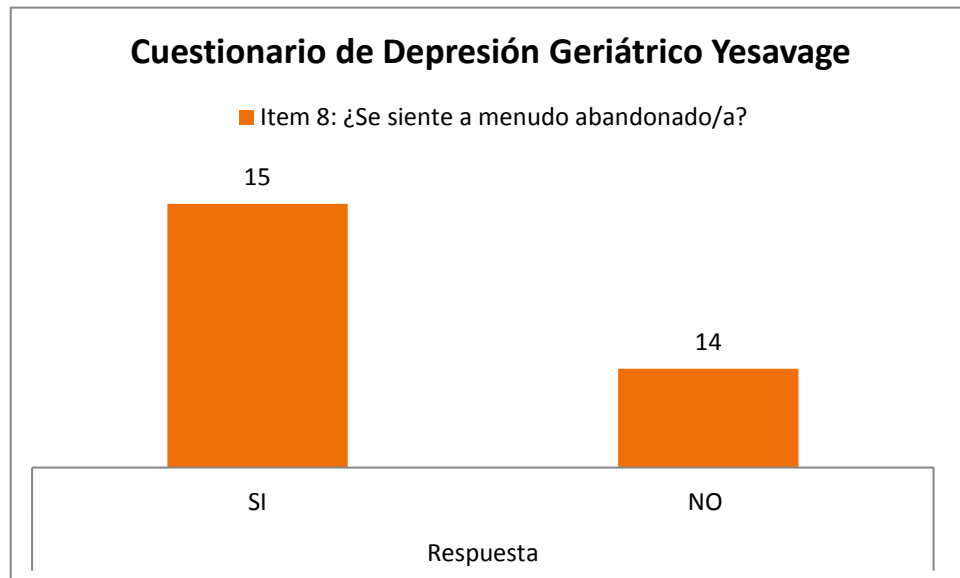


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

En este resultado, 19 de 29 personas no se sienten felices la mayor parte del tiempo, un resultado que se relaciona también con los analizados anteriormente, pues una persona que se encuentra aburrida, que ha dejado sus actividades, teme que le pase algo y siente que su vida está vacía, difícilmente se podrá sentir feliz la mayor parte del tiempo.

Gráfico 9: Resultados del ítem N° 8 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.

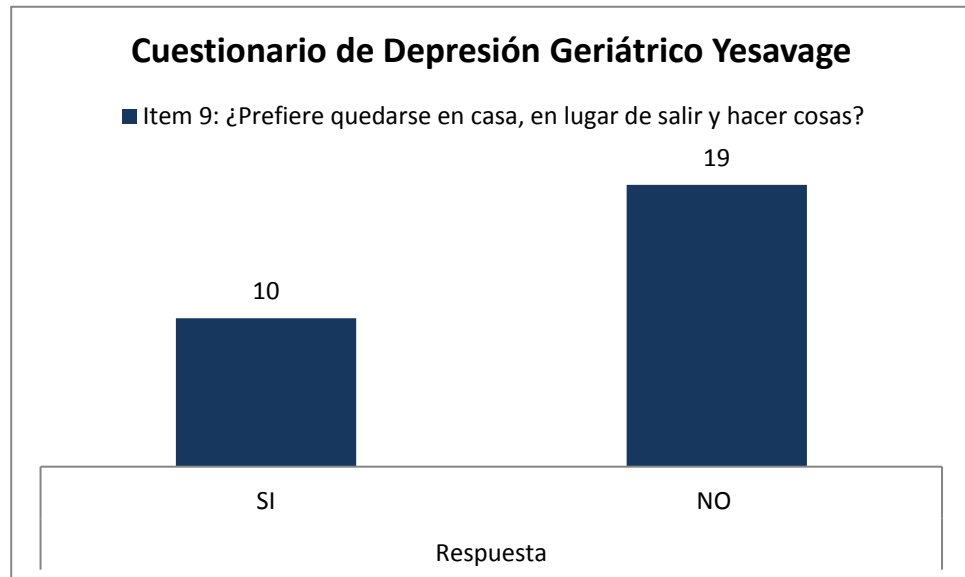


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Se observa que 15 de 29 personas que participaron en el estudio, se sienten abandonadas, se recoge un aspecto importante detallado en la literatura de la presente investigación, y es que la familia cumple un rol importante de soporte y apoyo emocional en el adulto mayor, por lo que en su mayoría estas personas se sienten abandonados por los hijos en primer lugar, y en segundo lugar por otros miembro de su familia.

Gráfico 10: *Resultados del ítem N° 9 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

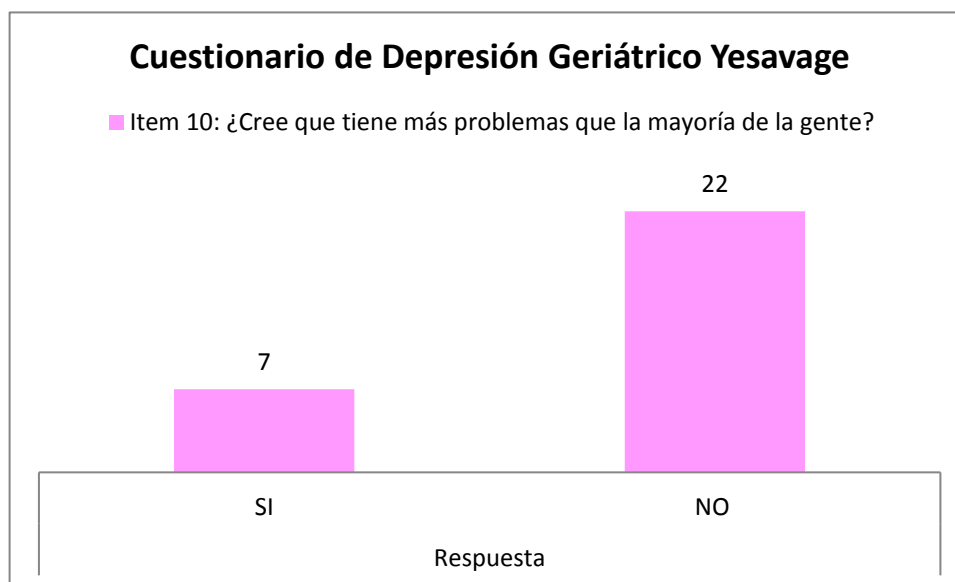


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Este indicador, nos muestra que en su mayoría los adultos mayores evaluados, prefieren salir de casa que quedarse en ella, entonces tienen la predisposición (preferencia), considerándose una actitud importante a rescatar y potenciar.

Gráfico 11: *Resultados del ítem N° 10 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

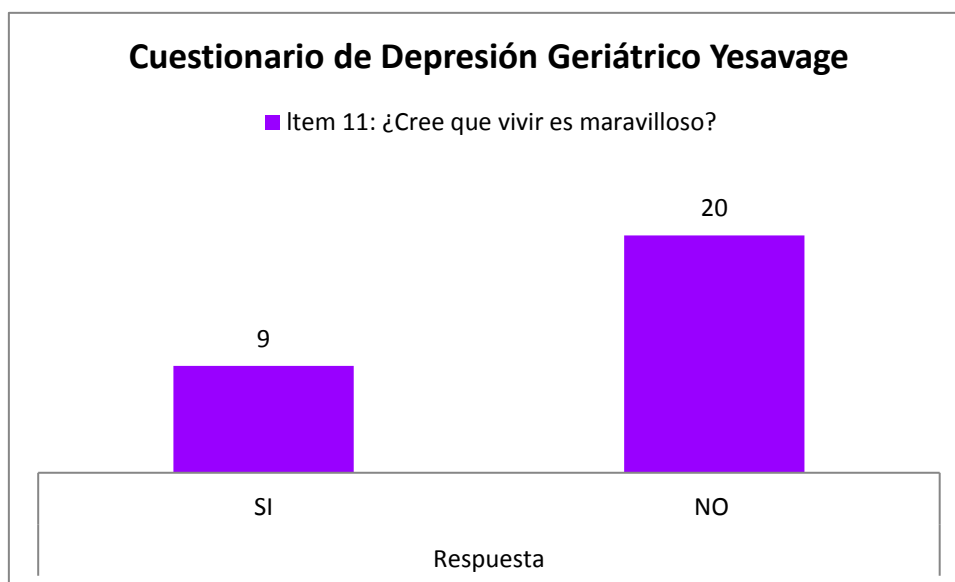


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Observamos que muy pocos adultos mayores (7), consideran tener más problemas que otros, siendo la mayoría (22) conscientes de sí mismo y la realidad que los rodea.

Gráfico 12: *Resultados del ítem N° 11 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

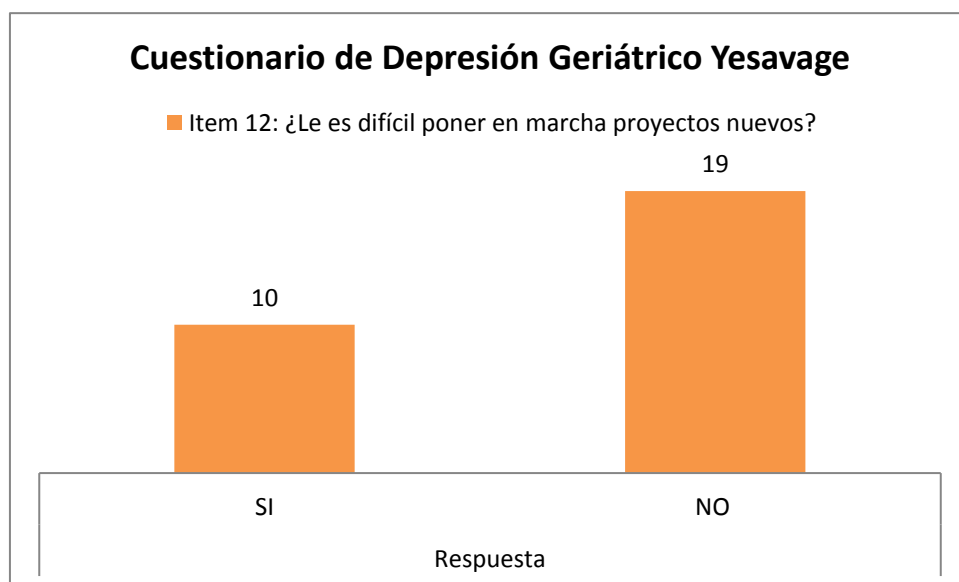


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Muchos de los adultos mayores entrevistados (20), no cree que vivir es maravilloso, evidenciando un sentimiento de desesperanza, posiblemente debido a la combinación de sentimiento de abandono, interrupción de sus actividades, miedo a que les pase algo, entre otros factores anteriormente analizados en el presente estudio

Gráfico 13: *Resultados del ítem N° 12 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

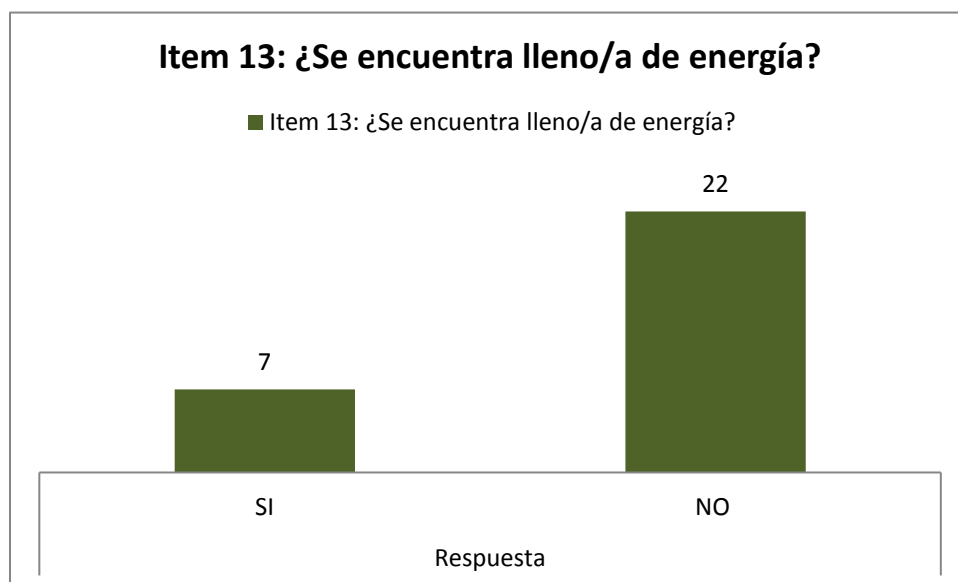


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

La mayoría (19 de 29) de adultos mayores considera que no es difícil poner nuevos proyectos en marcha, este resultado, al igual que la disposición de salir de casa, son actitudes favorables para rescatar en los adultos mayores, y usarlos como punto de inicio para motivarlos.

Gráfico 14: *Resultados del ítem N° 13 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

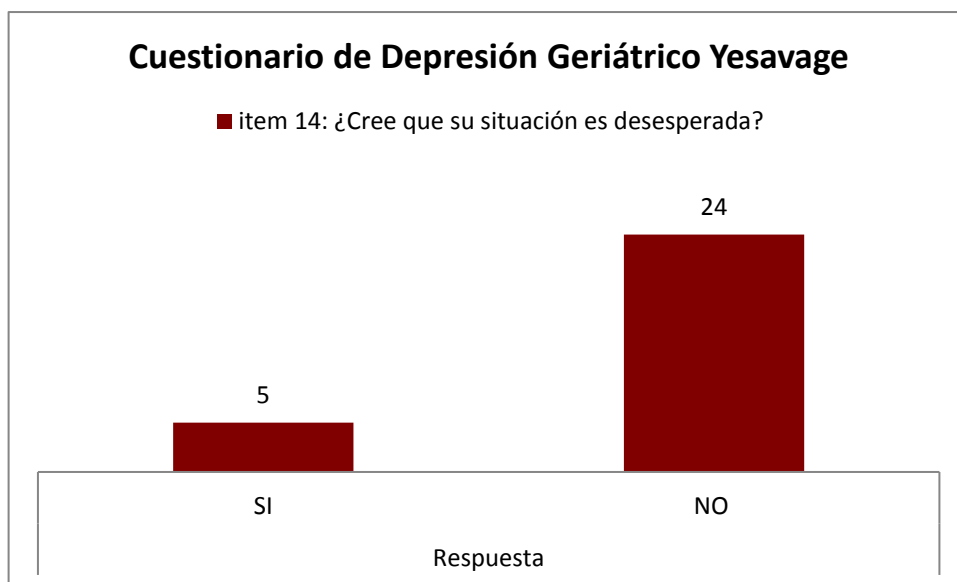


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

De 29 adultos mayores, escasamente 7 se sienten llenos de energía; si bien es parte de la etapa la disminución de energía, en este caso el aburrimiento y falta de actividad pueden conllevar a una disminución de energía mental más que física, siendo datos importantes a tomar en cuenta para la propuesta de la presente investigación.

Gráfico 15: *Resultados del ítem N° 14 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*

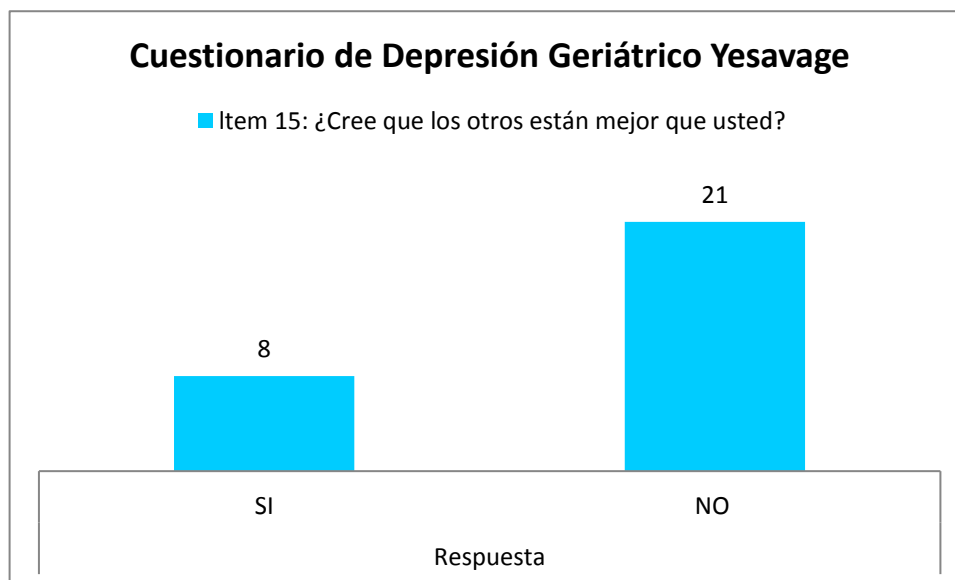


Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Pese a que solo 5 personas manifestaron que consideran su situación desesperada, sería importante promover una cultura más resciliente, partiendo por ideas positivas que permitan dejar de centrarnos en el problema para pasar a las soluciones.

Gráfico 16: *Resultados del ítem N° 15 de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.*



Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Solo 8 personas consideran que otros están mejor que sí mismos, sin embargo relacionando con el ítem anterior, la percepción de nuestra situación influye en cómo nos sentimos, por ello es importante trabajar a nivel cognitivo la manera como interpretamos lo que nos sucede y lo que les sucede a los demás.

Tabla 2: Respuestas halladas en pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN EN GRUPO "ADULTO MAYOR" DE CENTRO SALUD JOSE OLAYA DE LA CIUDAD DE CHICLAYO		
Cuestionario de Depresión Geriátrico Yesavage	SI	NO
Item 1: . ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	16	13
Item 2: ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	18	11
Item 3: ¿Nota que su vida está vacía?	16	13
Item 4: ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	19	10
Item 5:¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	14	15
Item 6: ¿Tiene miedo de que pase algo malo?	16	13
item 7: ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	10	19
Item 8: ¿Se siente a menudo abandonado/a?	15	14
Item 9: ¿Prefiere quedarse en casa, en lugar de salir y hacer cosas?	10	19
Item 10: ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	7	22
Item 11: ¿Cree que vivir es maravilloso?	9	20
Item 12: ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	10	19
Item 13: ¿Se encuentra lleno/a de energía?	7	22
item 14: ¿Cree que su situación es desesperada?	5	24
Item 15: ¿Cree que los otros están mejor que usted?	8	21

Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya.

Análisis

De 29 participantes, solo 16 sujetos están satisfechos con su vida, 18 de ellos han abandonado sus actividades o intereses, 16 notan que su vida está vacía, 19 se encuentran a menudo aburridos, solo 14 están de buen humor la mayor parte del tiempo, 16 tienen miedo que algo malo les pase, 19 de ellos no se sienten felices la mayor parte del tiempo, 15 manifiestan sentirse abandonados, 19 de los participantes manifestaron que prefieren salir antes que quedarse en casa, 20 de los mismos no creen que vivir sea maravilloso; por otro lado, solamente 7 adultos mayores creen que tienen más problemas que la mayoría de la gente, de 29, solo a 10 les es difícil poner en marcha nuevos proyectos, escasamente 7 adultos mayores sienten que no tienen energía; 5

creen que su situación es desesperada y nada más 8 consideran que los otros estén mejores que ellos mismos.

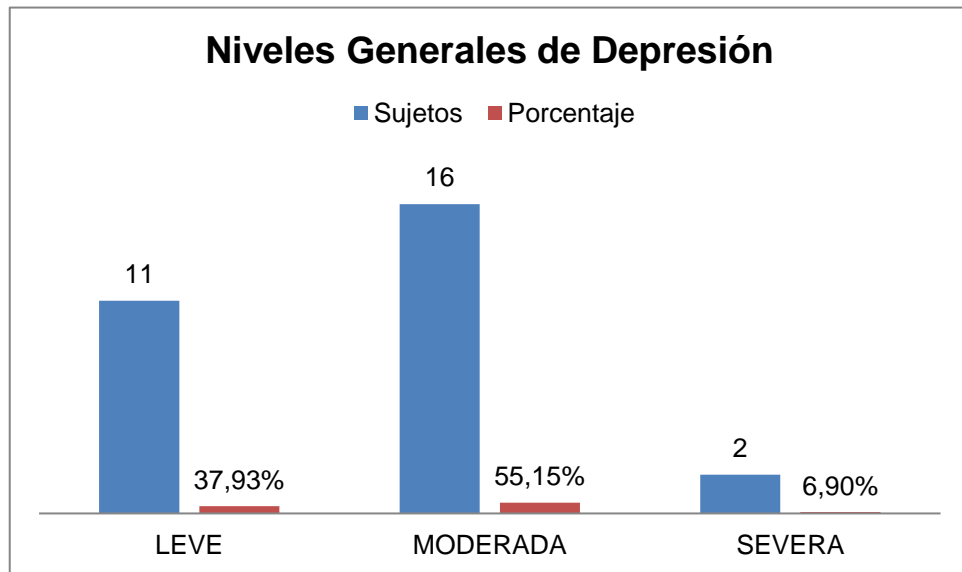
Si bien en su mayoría, los resultados evidencian gran número de aciertos en sintomatología positiva de depresión, existen aproximadamente 5 reactivos que presentaron resultados negativos, constituyéndose puntos clave a fortalecer en el programa a proponer en el presente estudio, así mismo; existe otro grupo de 6 reactivos, en los que los puntajes SI vs los No, no tienen diferencia abismal, contando con que no es la “mayoría”, sino la “mitad” de los pacientes que presentan estos síntomas depresivos, y al ser un programa grupal, este panorama nos permite situar el trabajo “participativo y de apoyo”, como una potencialidad para poder plantear un trabajo psicológico con ellos, que es la finalidad de esta investigación.

Tabla 3: Niveles de Depresión encontrados en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio, según sexo.

Niveles Generales de Depresión		
Niveles	Sujetos	Porcentaje
LEVE	11	37.93%
MODERADA	16	55.15%
SEVERA	2	6.90%
TOTAL	29	100%

Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Gráfico 17: Niveles de Depresión encontrados en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya, que participaron en el estudio.



Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage modificada en los pacientes del grupo Adulto Mayor del Centro de Salud José Olaya

Análisis

Los resultados generales del test aplicado, evidencia que un 55% de los participantes padece depresión moderada, 37% leve y solo 6% severa. Estos resultados, permiten evidenciar que más del 90% de la población en estudio sufre de este trastorno recurrente en esta etapa vital.

3.2. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Programa de Musicoterapia para un grupo de pacientes depresivos del programa Adulto Mayor denominado “Al son de la vida, con alegría y amor”.

I. Datos Generales:

Autor: Angelita Cruzado Cruzado

Lugar: Centro de Salud José Olaya- Chiclayo.

Fecha: Diciembre del 2017

II. Descripción del programa:

Este programa de Musicoterapia consiste en 8 sesiones de, aproximadamente, una hora de duración cada una. Se procura implementar dos sesiones semanales, en las cuales pretende que adultos mayores deprimidos e institucionalizados, por medio de aplicación activa y pasiva de técnicas dinámicas y expresivas, logren exteriorizar sentimientos y emociones, así como interactuar de forma dinámica y eficaz con otras personas institucionalizadas en el mismo lugar. Paralelamente, se desea brindar un espacio de libre expresión y recreación grupal a dichos sujetos, en el cual al desarrollar y reforzar sus habilidades sociales, modificar pensamientos pesimistas, motivar, reforzar su autoestima y así reducir niveles de depresión hallados en esta investigación.

El programa se fundamenta principalmente en técnicas propuestas por Bruscia (1999), en las cuales como proceso sistemático de intervención, refiere que la Musicoterapia va dirigida a un objetivo o meta organizada y regular, por sobre experiencias improvisadas aleatoriamente. Se rige en la valoración, tratamiento y evaluación del proceso, requiriendo la participación esencial del terapeuta y la música que emplea para su labor. Los objetivos a alcanzar en este tipo de terapia, según el mismo autor se enfocan en la restauración, manutención y mejoramiento de la salud física y mental, así como rehabilitación y entrenamiento de destrezas esenciales para la vida cotidiana, logrando mayor bienestar y funcionamiento dentro del entorno social. También, permite la comprensión de sí mismo, estimulando el descubrimiento de potencialidades y recursos, dando cambios positivos de conducta como consecuencia.

Mediante intervenciones activas como el canto, la danza, utilización de instrumentos y audición de música, y receptivas como los métodos de relajación e imaginación guiada, se pretende estudiar la estructura individual de cada participante por medio de la verbalización de emociones, reacción ante estímulos sonoros, referencia a recuerdos y memorias olvidadas y plasmación de estados internos a través de dibujos, palabras y movimientos, el vínculo de pacientes con el terapeuta permite desarrollar herramientas positivas y sanas para afrontar dificultades en la vida. El terapeuta debe emplear todo tipo de música, considerando los sonidos, ruidos, silencios, gestos o movimientos contenidos en grabaciones y uso de instrumentos (Fernández et al., 2004).

Diversas técnicas identificadas por Bruscia (1999) se integran en las actividades diseñadas en cada sesión del programa, con la finalidad de desarrollar una intervención eficaz, productiva y profunda mediante la participación activa y pasiva de los sujetos.

III Objetivo:

Desarrollar actividades y técnicas de Musicoterapia con un grupo de adultos mayores deprimidos e institucionalizados, con el propósito de incentivar su desenvolvimiento social, expresión de sentimientos y emociones a través de la música y actividades dinámicas y entretenidas para así reducir el nivel de depresión en dichas personas.

IV Materiales y Recursos:

- ✓ Equipos de sonido portables
- ✓ Computadora
- ✓ Pizarra
- ✓ Auriculares
- ✓ Instrumentos musicales (campanas, guitarra, teclado, maracas, tambores, entre otros), Hojas de papel bond
- ✓ Fotografías
- ✓ Pinturas, pinceles, crayones, acuarelas y temperas, plastilina, marcadores.
- ✓ Pelotas
- ✓ Caramelos y premios.

V Descripción del lugar:

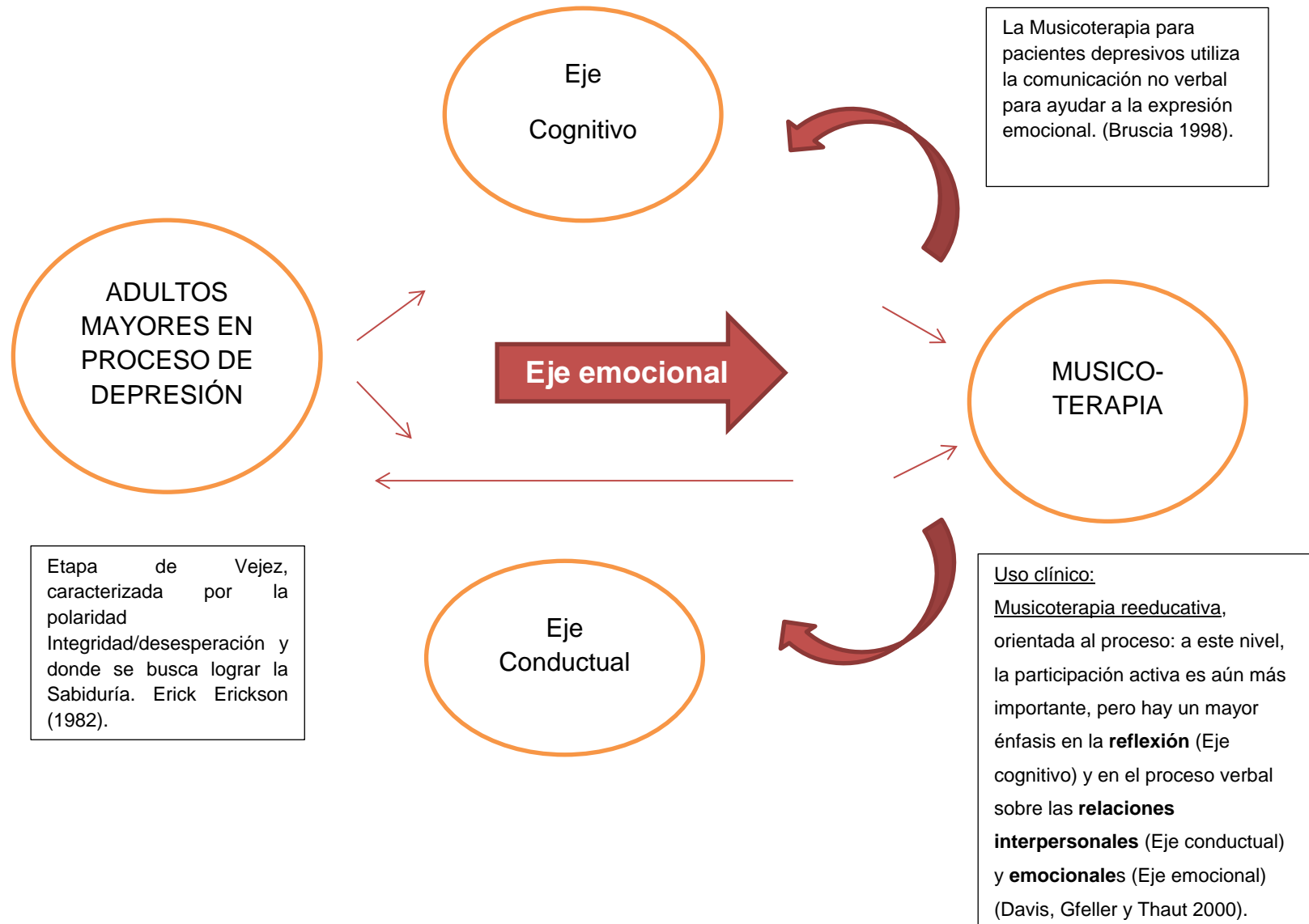
El centro de adultos mayores que se designó para el estudio y aplicación del programa de Musicoterapia está ubicado en la Chiclayo. Cuenta con instalaciones apropiadas para llevar a cabo las actividades propuestas como salón comunal, sillas, mesas y condiciones cómodas para evitar distractores ambientales durante las sesiones. Se contará con el apoyo de integrantes del servicio de Psicología para atender necesidades de los participantes, con acceso rápido al agua y sanitarios. Cuenta con iluminación y ventilación adecuadas, así como equipo mobiliario adecuado, como mesas grandes para realizar actividades y dinámicas individualmente y en grupo. Idealmente el salón debe mantenerse limpio y ordenado previamente a las sesiones.

VI Componentes de la propuesta:

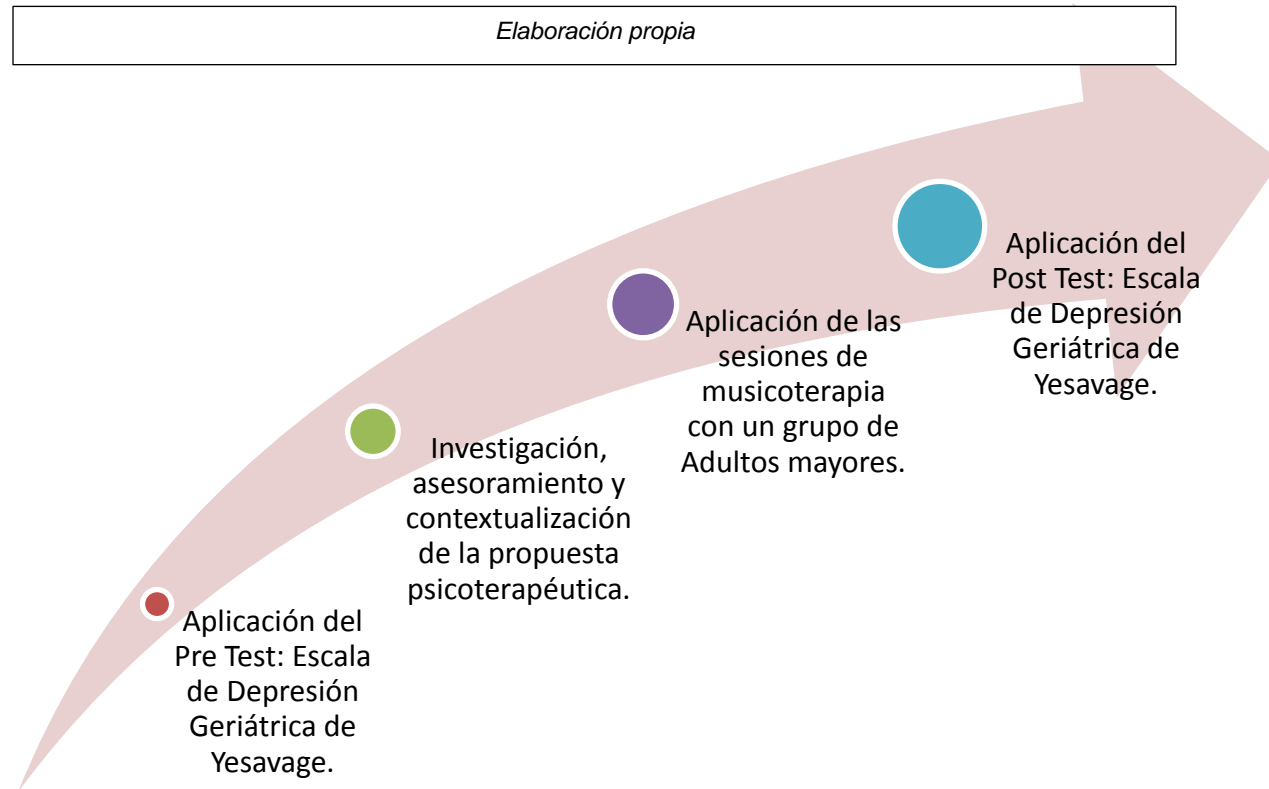
Variables:

1. Depresión
2. Programa de Musicoterapia

VII El Modelado de la Propuesta:



VIII Flujo de los procesos en la propuesta:



IX Aplicación de la propuesta

Sesión	Eje	Ítems según Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Nombre de la Sesión	Objetivo	Técnicas a aplicar	Modelo Clínico de Aplicación
1	Emocional	1 al 15	¡Hola a todos!	1.- Dar la bienvenida y presentar el Programa. 2.- Que los participantes manifiesten sus expectativas y se conozcan unos a otros.	De Empatía	Musicoterapia reeducativa, orientada al proceso: a este nivel, la participación activa es aún más importante, pero hay un mayor énfasis en la reflexión y en el proceso verbal sobre las relaciones interpersonales y emocionales (Davis, Gfeller y Thaut 2000).
2	Emocional	1	"Con el paso de los años"	3.- Que los participantes se concienticen de sus logros, sintiéndose orgullosos y felices por ellos.	De exploración sentimental	
3	Emocional	4, 5, 7	"Felicidad, cosa de viejos"	4.- Experimentar momentos de felicidad recordando etapas felices de vida. 5.- Descubrir nuevas formas de ser feliz.	De intimidad	
4	Emocional	8	"La soledad conmigo"	6.- Que los participantes sientan su propia compañía. 7.- Dar un sentido positivo a la soledad.	De intimidad	
5	Cognitivo	3, 11	"A que llamamos vivir"	8.- Comprender el significado integral de vivir.	De Proyección	
6	Cognitivo	10, 14, 15	"Miro a mi al rededor"	9.- Ser consciente de la situación de los adultos mayores.	De facilitación	
7	Conductual	2, 12	"Mi experiencia, mi valor"	10.- Que los adultos mayores valoren su experiencia.		
8	Conductual	6, 9	"Nuevas actividades, nuevas experiencias"	11.- Descatastrofizar la idea de realizar nuevas actividades. 12.- Ayudar en la el proceso de adaptación a esta nueva etapa de adultez mayor.	De exploración sentimental	
9	Cognitivo-Conductual	1 al 15	"Me dicen viejo, ¿Y?"	13.- Motivar a los participantes a aceptar su etapa de vida y decidir vivirla positivamente.	De intimidad	

Programa de Musicoterapia: “*Al son de la vida, con alegría y amor*”

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
1	¡Hola a todos!	<p>1.- Dar la bienvenida y presentar el Programa.</p> <p>2.- Que los participantes manifiesten sus expectativas y se conozcan unos a otros.</p>	<p>En esta sesión, nos presentamos, se da la bienvenida y se aplica el pre test. Así mismo, la primera dinámica de presentación denominada "Soy una canción", pretende que los participantes se presenten con una canción, y nos comenten porque la eligieron, conociendo así sus motivaciones, estado de ánimo, ideas, entre otros, tratando de generar un clima de confianza. Posterior a ello, se presenta el programa, compartiendo básicamente dos puntos importantes, primero, <i>de que trata el programa</i>, segundo <i>por qué es importante su participación</i>. Finalmente se procura recoger información sobre los gustos y preferencias musicales de los participantes, lo que se tendrá en cuenta para las siguientes sesiones y para que durante el desarrollo de las mismas, siempre haya música de fondo. Se cierra con la dinámica "Abrazos musicales", en donde los participantes, caminan por todo el espacio al son de la música, cuando ésta se detenga ellos deberán abrazar a alguien, y en la segunda oportunidad no abrazan a la misma persona, así todos se abrazan a todos. Al terminar, preguntamos, <i>cómo se sintieron</i> y rescatamos la importancia de abrazarnos, así como sus beneficios, motivando a su práctica en la vida diaria. Les recomendamos traer 3 fotos para la siguiente sesión, una de niños, otra de jóvenes y la última de adultos.</p>	<p>Pre test Lapiceros Parlante Usb Micro Laptop</p>	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
2	"Con el paso de los años"	<p>3.- Que los participantes se concienticen de sus logros, sintiéndose orgullosos y felices por ellos.</p> <p>4.- Experimentar momentos de felicidad recordando etapas felices de vida.</p>	<p>Se inicia con una de las canciones elegidas, en la dinámica de la primera sesión, aplaudiéndola y cantándola en grupo, luego trabajaremos una línea de tiempo vital de forma individual, presentando tres etapas de la vida, niñez, juventud y adultez, en cada una de estas etapas, y con apoyo, cada adulto escribirá los logros más significativos y los que los hicieron más felices, usando en cada etapa las fotografías que trajeron. Finalmente, compartimos los logros, de cada integrante, aplaudiendo y felicitándolo. Cerramos la sesión con la reflexión, de cuán importante es reconocer lo que hemos vivido y valorarlo, para no sentirnos menos, sino orgullosos de nosotros mismos.</p>	<p>Parlante Usb Micro Laptop Fotografías Goma Cartulina Plumones</p>	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
3	"Felicidad, cosa de viejos"	5.- Descubrir nuevas formas de ser feliz.	<p>Iniciamos con la dinámica, Chua Chua, cantando y considerando ejercicios físicos, que los participantes puedan realizar, luego en grupo escuchamos una radio novela de 10 minutos, donde el tema central, será la felicidad en la etapa de adultez mayor, al terminar generamos un clima de reflexión grupal, con preguntas como ¿Qué es la felicidad? ¿La felicidad se va con los años? ¿Por qué? ¿Qué nos damos cuenta tras escuchar la historia presentada? ¿Qué rescatamos de cada personaje?</p> <p>Ahora, nos reunimos en grupos de seis integrantes, y se sortea cada personaje de la radionovela, a quien se le va a recomendar una nueva forma de “ser feliz”, pudiendo ello ser, soluciones, actitudes, u otra opción que le lleve a la felicidad, al personaje que les tocó. Hacemos reflexionar a través de la empatía, lo importante que es buscar la felicidad en cada momento de nuestra vida. Nos despedimos con una frase para el recuerdo "Cuando era un chiquillo que alegría" (Acompañamos con música).</p>	<p>Parlante Usb Micro Laptop</p>	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
4	"La soledad conmigo"	6.- Que los participantes sientan su propia compañía. 7.- Dar un sentido positivo a la soledad.	Iniciamos la sesión, repartiendo una letra a cada participante, estas letras son de la frase "La Soledad", los participantes deberán unirse para formar la frase, el grupo que lo haga más rápido es el ganador. Así mismo, cada grupo da una idea sobre la soledad, y según lo que se vaya expresando por grupo, se hace reflexionar sobre lo positivo de la soledad, finalmente se escucha una canción denominada la "Soledad y yo" con los ojos cerrados, y si es posible acostados en el piso, al terminar, damos unos minutos de silencio, y finalmente, rescatamos lo comprendido de la canción, generando un concepto nuevo y positivo de la misma.	Letras Parlante Usb Micro Laptop	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
5	"A que llamamos vivir"	8.- Comprender el significado integral de vivir.	Empezamos la sesión cerrando los ojos, y pasando sonidos de naturaleza (ríos, canto de aves, viento); luego otro segmento de diversas emociones (risas, suspiros, llanto, voz de los hijos diciendo, "mamá" "papá"), y finalmente actividades, una vez terminado el ejercicio, pedimos a los adultos mayores que nos digan que sonido les gustó más, por ejemplo el de risas, preguntando ¿Por qué? ¿Qué te hizo sentir? ¿Recordaste algo? y así sucesivamente cada participante. La reflexión, va dirigida a los momentos que pasamos y que tenemos aún por vivir, que escuchamos, sentimos, respiramos, tenemos vida y hay que saberla valorar.	Parlante Usb Micro Laptop	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
6	"Miro a mi alrededor"	9.- Ser consciente de la situación de los adultos mayores.	Iniciamos la sesión, entregando la letra impresa de partes de 4 canciones, que reflejen el optimismo ante la solución de los problemas, se formarán 4 grupos y escuchamos todos cada parte, pero cada grupo al que le tocó dicha parte, anotará el mensaje de la canción, luego se reparte a cada grupo una historia (4 en total), las cuales tendrán casos de adultos mayores que pasan por situaciones difíciles. La condigna es relacionar las canciones con mensaje de optimismo, con una solución para cada historia planteada, y compartir el aprendizaje en todo el grupo. Cerramos la sesión con la reflexión de cada una de las letras de las canciones y porque es importante dejar de renegar, para pasar a solucionar de manera positiva los problemas, así mismo que cada adulto mayor vive de manera diferente su etapa, y hay que elegir la mejor manera de vivirla.	Parlante Usb Micro Laptop Hojas	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
7	"Mi experiencia, mi valor"	10.- Que los adultos mayores valoren su experiencia.	Iniciamos la sesión escuchando el poema "Caminante no hay camino, se hace camino al andar". Se orienta a la participación, sobre la reflexión de este poema. Cada participante creará una estrofa, que complementará el poema, acorde a lo que ha vivido durante ese camino, denominado "experiencia", resaltando su importancia y valor en las letras de su poema creado. La cual será escrita con apoyo de los facilitadores. Posterior a ello, compartimos las creaciones, atendiendo y aplaudiendo la participación de cada compaero. Cerramos la sesión, resaltando lo que aprendimos sobre cuán valiosa es la experiencia que llevan en su interior.	Parlante Usb Micro Laptop Hojas Lapiceros	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
8	"Nuevas actividades, nuevas experiencias"	11.- Descastrofizar la idea de realizar nuevas actividades. 12.- Ayudar en la el proceso de adaptación a esta nueva etapa de adultez mayor.	Empezamos la sesión, con varias imágenes impresas colocadas en una caja, y conversamos sobre lo que nos gusta hacer, al sacar las imágenes de la caja una a una, pedimos que levanten la mano aquellos que les agrada esa actividad, posterior a ello, nos dirigimos ellos de la siguiente manera: “¿Nosotros nacimos sabiendo realizar todas esas actividades?, La respuesta es No, entonces lo aprendimos. Así como aprendimos ello, podemos aprender nuevas actividades, ahora que estamos en una etapa diferente de vida”. Ahora, cada participante pensará en lo que le agradaría hacer, que no hace, y lo compartirá en grupo. La facilitadora, podrá brindar algunas alternativas para llevar a cabo esa actividad y los demás participantes le darán un mensaje de aliento a cada adulto mayor, cuando sea su turno de hablar. Cerramos la sesión, con la reflexión "nuevos años, nuevas actividades".	Parlante Usb Micro Laptop	60 min

N°	Sesión	Objetivo	Descripción	Materiales	Duración
9	"Me dicen viejo, ¿Y?"	13.- Motivar a los participantes a aceptar su etapa de vida y decidir vivirla positivamente.	Esta sesión es para impulsar la esperanza de los adultos mayores, y no se sientan solos, se realizara a través de una feria de música, y juegos para que participen activamente, así mismo, se finalizara con un compartir, todo los juegos y temáticas serán acorde a lo aprendido en el programa. Se aplica el post Test.	Parlante Usb Micro Laptop Mesas Juegos Globos Post Test	60 min

CONCLUSIONES

- ψ Se diseñó un programa de musicoterapia denominado “*Al son de la vida, con alegría y amor*” como medio de intervención de la depresión en los adultos mayores atendidos en un centro de salud de Chiclayo.
- ψ El 55% de los participantes padece depresión moderada, 37% leve y solo 6% severa. El 55% de los participantes presentó Depresión Moderada.
- ψ Las principales necesidades arribadas en este estudio, para la población adulta mayor es integración social, psicoeducación para la adaptación a la nueva etapa de vida que atraviesan y reeducación a la sociedad sobre cómo piensan y tratan a los mismos.
- ψ Las principales características depresivas encontradas en los Adultos mayores evaluados, son desesperanza, sentimiento de soledad y abandono de actividades frecuentes.

RECOMENDACIONES

- ψ Realizar la intervención psicológica en los adultos mayores evaluados en el presente estudio, pues más de la mitad padecen depresión moderada, por lo que el programa de Musicoterapia planteado, es una herramienta clínica útil y oportuna.
- ψ Aplicación del modelo terapéutico en población de características similares con el diagnóstico de depresión.

PARA EL MUSICOTERAPEUTA

- ψ El facilitador, debe tener habilidades de comunicación fluida, ser activo, vivaz, lograr la participación de los adultos mayores, proporcionar los materiales, y tener más de un recurso humano apoyándolo en el desarrollo de cada sesión, así mismo debe ser sensible a la música para lograr el trabajo terapéutico con ella. Para obtener las canciones, radio novela y poema musical, así como otros materiales, escribir a angelitacruzadocruzado@gmail.com.

BIBLIOGRAFÍA

Alba, B., M (2011). *Depresión y la música: estudios que demuestran su efectividad como tratamiento*. Tesina del máster de musicoterapia. Buenos Aires. Argentina.

Alberca, R. y López- Pousa, S. (2000). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Ed. Panamericana. México

Aguera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. España: Graficas Hermanos Gómez S.L.L.

Andrews, T. (1993). *La curación por la música*. Colombia: Martinez Roca, S.A.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Balarezo, L. (2007). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*. Quito - Ecuador: Quality Print Cia. Ltda.

Blanco L., J. (2012). *Musicoterapia Como Alternativa Terapeutica en la Depresión*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Bruscia, K (2007). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. Ed. Pax, México. (pág.101)

Cora L., Levinson (2007). *“Estimulación de la creatividad en un grupo de mujeres adultas mayores de la Sierra Noroeste de Madrid”*. Introducción para la tesis de licenciatura en Musicoterapia, Plan B de la Universidad del Salvador .Buenos Aires.

Ducourmeau, G. (1988). *Musicoterapia, la comunicación; su función y sus fundamentos en terapia y reeducación*. Madrid: EDAF, SA.

Gallardo, R. D. (2011). *Musicoterapia y salud mental*. Buenos Aires-Argentina: Urgerman Editor.

González D., A. (2014). "*La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala*". Guatemala de la Asunción.

Hamilton, S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

Hernández, Fernández & Baptista (2014). "*Metodología de la Investigación*". Sexta Ed. McGraw-Hill. Mexico D.F.

Lazo G., (2013). *Programa de Musicoterapia grupal para mejorar el estado emocional en pacientes de la tercera edad que presentan depresión moderada*. Universidad de Uzuay. Cuenca-Ecuador.

Muñoz J. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Pirámides. Madrid.

Pellizzari P. (2005) "Salud, escucha y Creatividad. Musicoterapia preventiva psicosocial" Edic. Univ. Del Salvador, Bs. As.

Santrock J. (2006) *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. 10ma ed. Madrid. Imprenta Fareso. S.A.

Toro, R. (2015). *La investigación Científica en las Ciencias del Comportamiento: Guía Metodológica para la elaboración de Proyectos de Investigación*. 1era Edición. Integra T. Chiclayo.

Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista latinoamericana de psicología, Fundación universitaria Konrad Lorenz*, 6.

Yanez, D. (2008). *Guías geronto geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor*. Quito, Ecuador.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL PERO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTORICO SOCIALES
Y EDUCACION

Unidad de Post Grado



PROGRAMA DE MAESTRIA

Buenos días, mediante la presente encuesta, se pretende recoger datos sobre su estado de ánimo, que servirán para proponer un **Programa de Musicoterapia para tratar depresión en adultos mayores**. Gracias por su participación.

Indicación: Marque con un aspa una sola respuesta a cada pregunta. Sea lo más sincero posible.

Sexo : F M **Edad:** _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – PARTICIPANTE DE INVESTIGACIÓN
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE MODIFICADA

Pregunta	Sí	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?		
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Nota que su vida está vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?		
6. ¿Tiene miedo de que pase algo malo?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?		
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?		
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?		
13. ¿Se encuentra lleno de energía?		
14. ¿Cree que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?		
PUNTAJE TOTAL		

Por medio del presente confirmo mi consentimiento para participar en la investigación denominada: **“Propuesta de un Programa de Musicoterapia para pacientes adultos mayores con depresión atendidos en un Centro de Salud de Chiclayo, 2017”**.

La cual se desarrolla por la estudiante de Maestría en Psicología con mención en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Angelita Cruzado Cruzado, identificada con DNI 46809311.

El objetivo principal de la investigación es recopilar datos para proponer un programa de intervención psicológica, arriba mencionado.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en lo siguiente:

- I. Se me plantearán diferentes preguntas, a través un cuestionario, pero todo lo que diga a la investigadora, será confidencial.
- II. Entiendo que debo responder con la verdad y que la información que brinden debe ser confidencial. Así mismo, de ser publicado el presente estudio, se salvaguardará mi nombre, salvo consentimiento expreso de mi persona.
- III. Acepto voluntariamente participar en esta investigación, comprendo qué cosas se van a hacer durante la misma. Igualmente entiendo que puedo elegir no participar y retirarme del estudio cuando alguno lo decida.

Chiclayo, Mayo de 2017

Firma y/o huella del participante