

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"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."**

TESIS DE GRADO

**DANILO ARTURO GONZALEZ DOMINGUEZ**  
CARNET 12508-08

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2014  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"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."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR

**DANILO ARTURO GONZALEZ DOMINGUEZ**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2014  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS  
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO  
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY  
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

LICDA. MARIA EUGENIA RUIZ GODOY DE SANDOVAL

## **REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. YADIRA IVONNE BARRIOS CACERES DE BARRIOS

Guatemala, 20 de noviembre de 2014

Señores Miembros del Consejo,  
Facultad de Humanidades,  
Presente.

Estimados señores:

reciban por este medio un respetuoso saludo.

He revisado y apoyado el trabajo de investigación del joven estudiante **DANILO ARTURO GONZALEZ DOMINGUEZ**, carnet número 1250808, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica.

El trabajo de investigación, titulado " **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**", llena los requisitos exigidos por la Facultad de Humanidades y el Departamento de Psicología, por lo que les solicito nombrar al docente revisor.

Atentamente,

  
Licda. María Eugenia Ruiz de Sandoval

ASESORA



### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante DANILO ARTURO GONZALEZ DOMINGUEZ, Carnet 12508-08 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05860-2014 de fecha 1 de diciembre de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"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."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO CLÍNICO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 4 días del mes de diciembre del año 2014.

*Irene Ruiz Godoy*

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA  
HUMANIDADES

Universidad Rafael Landívar



## Agradecimientos

---

Estoy agradecido principalmente con Dios, quien me ha dado la vida y la oportunidad de formarme y crecer en una carrera que realmente amo, la cual vela por el bienestar de las personas de una forma tan humana y auténtica.

También doy gracias a mi mamá, a mi papá y a mis hermanos Marc y Ari, quienes me brindaron motivación, apoyo e inspiración durante estos años.

Así mismo, a Anita, por haber estado siempre a mi lado en todo este proceso, dándome ánimos, alegría y amor incondicional en los momentos más alegres, así como en los más difíciles.

Agradezco a mis amigos de siempre y a los que logré hacer en los pasillos de la universidad, por creer en mí, permitiéndome ver mis fortalezas y debilidades con un toque de diversión.

Por último, pero no menos importante, le doy las gracias a todos los docentes y profesionales que me orientaron y enseñaron cosas tan valiosas para mi profesión y para la vida, al hogar de ancianos que me abrió sus puertas para llevar a cabo este estudio, a cada participante que acudió a las actividades que con mucho cariño impartí; pero especialmente a María Eugenia Ruiz, Manuel Arias y Yadira de Barrios, sin quienes esta tesis no hubiese sido posible.

## Dedicatoria

---

Le dedico este estudio a mi abuelita, a mi mami Arge, quién a pesar de haberse ido hace poco más de un año, dejó una huella grande en mi corazón, la cual me inspiró enormemente para brindar felicidad y bienestar a otros viejitos que lo necesitaran.

Con sus lindos cantos y caricias logró siempre llenarme de felicidad, y ¿qué mejor que integrar mi fuerte amor por ella, por la música y por la psicología para procurar hacer el bien?

*La música es el corazón de la vida. Por ella habla el amor; sin ella no hay bien posible y con ella todo es hermoso.*

Franz Liszt (1811-1886)

*La música compone los ánimos descompuestos y alivia los trabajos que nacen del espíritu.*

Miguel de Cervantes (1547-1616)

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 El Adulto Mayor .....</b>	<b>16</b>
1.1.1 Enfermedades y cambios frecuentes en Adultos Mayores .....	18
1.1.2 Adulto Mayor e Institucionalización .....	20
<b>1.2 Depresión.....</b>	<b>24</b>
1.2.1 Depresión en el Adulto Mayor .....	27
<b>1.3 Musicoterapia .....</b>	<b>32</b>
1.3.1 Música .....	33
1.3.2 Antecedentes Históricos de la Musicoterapia.....	36
1.3.3 Modelos de la Musicoterapia.....	38
1.3.4 Técnicas de la Musicoterapia .....	39
1.3.5 El Musicoterapeuta .....	42
1.3.6 La Musicoterapia y la Depresión .....	42
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>44</b>
<b>2.1 Objetivos .....</b>	<b>46</b>
2.1.1 Objetivo General.....	46
2.1.2 Objetivos Específicos .....	46
<b>2.2 Hipótesis .....</b>	<b>47</b>



2.2.1 Hipótesis general .....	47
2.2.2 Hipótesis específicas .....	47
<b>2.3 Variables .....</b>	<b>48</b>
2.3.1 Variables de Estudio .....	48
2.3.2 Variables controladas .....	48
2.3.3 Variables no controladas .....	48
<b>2.4 Definición de Variables .....</b>	<b>49</b>
2.4.1 Definición conceptual .....	49
2.4.2 Definición operacional .....	51
<b>2.5 Alcances y Límites .....</b>	<b>52</b>
<b>2.6 Aporte .....</b>	<b>53</b>
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Sujetos .....</b>	<b>55</b>
<b>3.2 Instrumento .....</b>	<b>58</b>
3.2.1 Condiciones de administración .....	59
3.2.2 Validez y Confiabilidad de la escala .....	59
3.2.3 Interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica .....	60
<b>3.3 Procedimiento .....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 Diseño de la Investigación .....</b>	<b>62</b>
<b>3.5 Metodología Estadística .....</b>	<b>63</b>

<b>IV.</b>	<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>66</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>80</b>
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>82</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>85</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>
<b>9.1</b>	<b>Programa de Musicoterapia .....</b>	<b>99</b>
9.1.1	Referencias bibliográficas: .....	111
<b>9.2</b>	<b>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....</b>	<b>113</b>
9.2.1	Ficha Técnica .....	113
9.2.2	Formato de Escala de Depresión Geriátrica .....	114
<b>9.3</b>	<b>Lista de asistencia .....</b>	<b>115</b>

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar si la Musicoterapia puede ser una herramienta efectiva para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala. Fue un estudio de tipo cuasi experimental, con diseño pretest-postest y grupo control. La muestra fue seleccionada de forma no probabilística, tomando como referencia el criterio de la psicóloga de la institución, quién identificó a 24 adultos mayores con sintomatología depresiva y que cumplieren con los criterios de inclusión establecidos. Luego se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar los niveles de depresión, y se dividieron aleatoriamente en dos grupos. Posteriormente, se procedió a aplicar un programa de Musicoterapia diseñado para acoplarse a las capacidades de los participantes, brindando un espacio interactivo para la libre expresión de sentimientos y emociones a través de la música, el cual fomentó la comunicación entre los participantes dentro y fuera de las sesiones, llevando al establecimiento de vínculos y relaciones interpersonales significativas. Una vez terminado el programa, se aplicó el postest para contrastar los datos obtenidos. Los resultados, medidos con la  $t$  de Student, concluyeron que la Musicoterapia es una herramienta efectiva para el tratamiento de la depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados, pues logró reducir el nivel de depresión del grupo experimental con una diferencia estadísticamente significativa en comparación a los resultados obtenidos por el grupo control, con un tamaño de efecto moderado calculado con la  $d$  de Cohen.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud –OMS- (2014a) introduce la definición de Adulto Mayor, la cual describe al 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. Dicho concepto, aunque caracterizado por su origen reciente, involucra al individuo como un sujeto social.

Según García (2006), el concepto de tercera edad no solamente alude a personas ancianas que han alcanzado una edad mayor de los 60 años, ni personas vulnerables ya sea clínica, social y culturalmente, pues son sujetos sociales que interactúan entre sus iguales a través de instituciones o asociaciones, idealmente evitando resultar aislados en un asilo o marginados en el seno familiar para interactuar de forma social. El envejecimiento es un proceso rodeado de paradigmas y creencias falsas, temores y mitos, pues debido a que dicha etapa engloba inquietud, fragilidad, angustia y depresión, los adultos mayores son olvidados por sus propios familiares, provocando que pierdan el deseo de salir adelante. Sánchez (citado por Preciado, Covarrubias y Arias, 2011), menciona que el componente social del envejecimiento tiene que ver con lo que sucede a las personas en la sociedad según envejecen.

Los mismos autores, afirman que el deterioro de las capacidades mentales de un adulto mayor juega un papel importante durante dicha etapa, ya que una vez de haberse dado el declive físico, la salud mental es considerada como un signo de longevidad. La relación entre salud mental y longevidad es uno de los aspectos más

temidos entre los adultos mayores, ya que surge miedo y temor hacia el futuro, junto a fragilidad y vulnerabilidad, pero ante todo a no poder apreciarse como individuos capaces de valerse por sí mismos de forma independiente.

Pont (2001) define que el ser adulto mayor es una etapa más de la vida, para la cual el individuo debe de prepararse con objeto de poder vivirla de la mejor manera posible, pues al paso de los años, después de la juventud, se llega a una fase de involución, en la cual es posible apreciar rasgos de envejecimiento como arrugas en la piel, flacidez, cabello blanco; pero también los órganos internos empiezan a dar señales de cansancio o falta de atención, tales como dolores musculares o articulares crónicos, problemas respiratorios, circulatorios, entre otros. Asimismo, lo establece como el periodo que coincide con el momento en que una persona profesional se jubila.

Canet (2005) establece que no todos los adultos mayores son iguales y que no todos envejecen de la misma manera, pues dicho curso depende de factores sociales, culturales y biológicos; sin embargo, la calidad de vida durante este periodo depende en gran parte del estilo de vida que la persona ha llevado durante su existencia abarcando hábitos, excesos, precauciones y cuidados en general para preservar una buena condición física y emocional.

De forma frecuente, la confusión, la falta de memoria, la depresión y otros trastornos de personalidad que se relacionan con la vejez, son causados debido a factores psicológicos, pero se excluyen del cuadro natural a esperar durante la tercera edad (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010). Entre datos y cifras propuestos por la OMS (2013), los trastornos neuropsiquiátricos representan hasta el 6.6% de la discapacidad

total en el grupo etario de la tercera edad; así mismo, afirma que un 15% de los adultos mayores de 60 años sufren algún trastorno mental. La depresión es el síndrome patológico más frecuente durante la vejez, cuya explicación se atribuye a componentes endógenos o etiología orgánica, junto a manifestaciones orgánicas como el insomnio, estreñimiento, falta de apetito, etc. Dicho trastorno es frecuentemente pasado por alto, confundiéndose con manifestaciones clínicas de patologías de otra índole tales como hipertensión, complicaciones lumbares, niveles de azúcar, entre otros; lo que provoca que antes de recibir atención psicológica o psiquiátrica, sean referidos a varios especialistas sin resultados favorables (Roche, Feria y Caballero, 1998). Sin embargo, es importante destacar que la depresión no es necesariamente un síntoma característico del envejecimiento, aunque está relacionado con el contexto social estrecho en el que interactúa, orientándolo al aislamiento. Lo previamente mencionado, no necesariamente implica que el anciano sea apartado de su grupo primario, sino a que eventualmente, el establecer nuevas relaciones significativas y abordar nuevas amistades se dificulta significativamente (Preciado et al., 2011).

Durante las últimas décadas, diversos estudios han comprobado que es posible la implementación de enfoques y técnicas alternativas para el manejo de la depresión, las cuales han demostrado resultados favorables en cuanto a la calidad de vida de sujetos de la tercera edad; algunos de estos métodos son la terapia ocupacional, la terapia de arte, la Danzaterapia, la Musicoterapia, entre otros. Se ha comprobado que dichas alternativas terapéuticas estimulan de forma significativa la interacción social, estado afectivo y físico, brindando un mejor pronóstico a pacientes con diagnóstico previo de depresión (Sabbatella, 2004; Walss, 2013).

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos (2004), la depresión es uno de los problemas más significativos que los ancianos institucionalizados enfrentan, pues dichas organizaciones no cuentan con soluciones viables que ayuden a disminuir su nivel. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal el comprobar si por medio de un programa de Musicoterapia, se es capaz de reducir los niveles de depresión en un grupo de ancianos institucionalizados deprimidos. Benenzon (2013) establece que la Musicoterapia no cura, pero es capaz de mejorar la calidad de vida, y es posible aplicarse en personas con limitadas habilidades motoras y sociales, incluso con un trastorno afectivo como lo es la depresión. Dicha técnica, utiliza la comunicación no verbal para abrir canales de comunicación entre los pacientes y el terapeuta, sin implicar solamente el sentido del oído, sino otros sentidos corporales. La Musicoterapia ofrece a los sujetos de estudio, el desarrollo de habilidades sociales, las cuales mejoran la interacción con su entorno para reducir los niveles de depresión debidos a su situación contextual y de vida.

Denis y Casari (2014) indican que no fue hasta mediados del siglo XX que se comenzó a estudiar con mayor énfasis lo que es la Musicoterapia en sí, y que a la fecha, popularmente no se conoce claramente en qué consiste éste tipo de terapia. Así mismo, afirman que no es tarea fácil encontrar estudios acerca de la influencia de la música sobre las emociones; sin embargo, indican que los autores que han investigado sobre la relación de la música con las emociones han descubierto su influencia y reconocen la importancia que tiene para la salud física y psíquica.

A continuación, se presentan resúmenes de investigaciones realizadas en Guatemala relacionadas con el tema, abordando primero estudios específicamente de

Musicoterapia, para posteriormente plantear otras técnicas alternativas para el manejo de la Depresión.

Con el objetivo de establecer la eficacia de la Musicoterapia para la mejora del nivel de autoestima en adultos con Síndrome de Down, Castro (2007) llevó a cabo una investigación de diseño cuasi experimental de pretest y postest, con un solo grupo de sujetos, caracterizados por ser adultos entre 14 y 32 años de edad, con Síndrome de Down, institucionalizados en la Fundación Margarita Tejada, representando un 10% de la población total inscrita. Siendo los dos grupos asignados por los coordinadores de la institución, se aplicó el cuestionario A-E de A. W. Pope como pretest, posteriormente se aplicó un programa de Musicoterapia con dos sesiones semanales con una hora de duración, mediante un diario de campo y record de observación por sujeto, para darle seguimiento a conductas significativas y negativas. Al finalizar el programa, se aplicó la misma escala con sesiones de 45 minutos de forma individual a cada sujeto, realizando paralelamente una entrevista personal. Mediante la metodología estadística planteada en la  $t$  de Wilcoxon, se establece que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el pre y postest en todas las variables medidas a nivel de significación de 0.05.

Palacios y Barrios realizaron un estudio en el 2008, cuyo objetivo principal era conocer la importancia de la Musicoterapia en el fortalecimiento de la autoestima del adulto mayor. Con un diseño cualitativo descriptivo, aplicando un programa de Musicoterapia a 20 mujeres entre 60 y 99 años institucionalizadas en el Hogar de Ancianas Juan Pablo II, escogidas al azar no probabilísticamente. Posteriormente tras acercarse a la institución y conocer con el espacio que se contaba para aplicar dicho programa, se inició la aplicación de éste, con sesiones de cuarenta y cinco minutos,



haciendo uso de instrumentos musicales. Con respecto a los resultados, se concluye que el Programa de Musicoterapia aplicado en la muestra, mejoró la autoestima de sus integrantes, fortaleciendo relaciones interpersonales también. Se concluyó que la Musicoterapia brinda una solución flexible con resultados terapéuticos eficaces al cambiar conductas pasivas a conductas activas, por medio de la expresión de ideas, sentimientos y emociones.

En 2010, Xon llevó a cabo un estudio en el cual utilizó la Musicoterapia como método para afrontar la ansiedad en 27 niños de ambos sexos con edades entre 9 y 12 años provenientes de Aldeas Infantiles S.O.S. en Quetzaltenango. A pesar de no indicar cómo seleccionó a su muestra, la autora hizo uso de la escala IDAREN (Inventario de ansiedad, estado-rasgo en niños) la cual está adaptada para población Guatemalteca por Acquirrezabal, midiendo el estado-rasgo de ansiedad antes y después del tratamiento de la Musicoterapia. Comparó los resultados de medias entre pretest y postest de un solo grupo, concluyendo que la Musicoterapia logró reducir significativamente la ansiedad en niños, comprobando la eficacia de dicha herramienta.

En 2012, Blanco realizó un estudio cuyo objetivo principal era establecer la Musicoterapia como un tratamiento psicoterapéutico válido en los Trastornos Depresivos basados en un claro procedimiento metodológico. El diseño escogido para dicha investigación es un estudio experimental comparativo, aleatorizado. La muestra escogida, consistió en 23 pacientes de ambos sexos que asistieron por primera vez a la consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, mayores de 18 años y menores de 65 años, por primer Episodio Depresivo. El procedimiento consistió en la realización de un

diagnóstico de Episodio Depresivo por medio del SCID-I, una entrevista estructurada enfocada a Trastornos del Eje I según el DSM-5. Después, se aplicó la Escala Inicial de Montgomery-Asberg, Escala de Hamilton para Ansiedad y Clinical Global Improvement Severity, las cuales ayudaron por medio de criterios de exclusión a dividir la muestra en tres grupos, diferenciados entre la aplicación o no de un programa de Musicoterapia, así mismo como el uso de Venlafaxina o de un placebo. En los resultados se concluyó que hubo una diferencia estadísticamente significativa, atribuyendo que en los resultados posttest del estudio, el grupo con un programa de Musicoterapia y Venlafaxina obtuvo resultados de mejoría en las tres escalas mencionadas.

En los estudios mencionados anteriormente, se manifiesta la eficacia de la Musicoterapia para abordar la Depresión. A continuación, se presentan dos estudios nacionales en los cuales se abordan procedimientos alternativos para trabajar dicha enfermedad con ancianos, tal como la terapia de arte y la terapia ocupacional.

Molina (2007), con el objetivo de determinar si la terapia ocupacional disminuye los niveles de depresión en un grupo de adultos mayores institucionalizados que presentan depresión, realizó una investigación de diseño experimental con pretest-posttest y grupo control. Se trabajó con 24 personas que cumplieran requisitos de inclusión, tales como tener una edad entre 65 y 95 años de edad, de sexo femenino, institucionalizadas en un asilo de un hospital nacional, sin demencias diagnosticadas, sin uso de antidepresivos y sin discapacidad con sus manos. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage como pretest para diagnosticar indicios de depresión. Posteriormente, se asignaron al azar para conformar los grupos experimental y control por medio del programa estadístico STATS. Al grupo

experimental se le aplicó un programa de terapia ocupacional que consistía en 16 sesiones de una hora cada una, dos veces por semana. Posteriormente, se aplicó la misma escala como posttest a ambos grupos, de forma individual. Por medio de los estudios estadísticos fundamentados en la t de Student, se concluyó que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión que presentaban ambos grupos en el pretest y posttest.

Con el objetivo de determinar si la terapia del arte reduce la depresión en ancianos deprimidos que se encuentran institucionalizados en el hogar de ancianos San Vicente de Paúl, Salguero (2010) realizó un estudio, el cual implementó un Diseño Experimental con pretest-posttest y grupo control. Se contó con una muestra de 24 adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años, institucionalizados en el hogar de ancianos mencionado. Haciendo uso de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se realizó el pretest. Posteriormente, se dividió la muestra en dos grupos aleatoriamente, conformando el grupo control y el experimental. Se aplicó un programa de terapia del arte en 15 sesiones, dos veces por semana al grupo experimental. Una vez concluido el programa, se realizó el posttest para evaluar los niveles de depresión en ambos grupos. Por medio de la t de Student, se concluyó que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y posttest de los grupos experimental y control.

A continuación, se presentan resúmenes de investigaciones internacionales estrechamente relacionadas con el tema de la depresión geriátrica y aplicación de programas de Musicoterapia:

De Oliveira et al. (2009) publicaron un estudio en Brasil, cuyo objetivo principal fue evaluar el efecto de la Musicoterapia en la calidad de vida y en el control de la presión arterial de pacientes hipertensos. Se realizó un ensayo clínico controlado que evaluó a pacientes de ambos sexos, mayores de 50 años de edad. Se aplicó un programa de Musicoterapia, con un total de 20 sesiones, una por semana. En los resultados se concluyó que la Musicoterapia contribuyó para la mejora de la calidad de vida y control de la presión arterial, señalando que dicha actividad puede representar un refuerzo en el abordaje terapéutico en programas de atención multidisciplinaria al paciente hipertenso.

En El Salvador, Chimeno e Iparraguirre (2009) elaboraron una investigación enfocada a determinar cuáles son las técnicas musicoterapéuticas que pueden favorecer la interacción grupal de las internas que asisten al taller de Musicoterapia en la Unidad 33 de la localidad de Los Hornos, la Plata, provincia de Buenos Aires. Con un diseño cuasi experimental, mediante uso de observación, se usó una muestra no probabilística de 15 mujeres privadas de libertad, de 19 a 55 años de edad, participando voluntariamente. La observación fue centrada en relaciones interpersonales, su dinámica y probabilidades de cambio a través de la implementación de diversas técnicas musicoterapéuticas. En los resultados obtenidos, se concluyó que la técnica de canto conjunto favoreció el desarrollo de las relaciones interpersonales de las mujeres privadas de libertad que asistieron al taller.

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

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.

Elizondo (2012) realizó en España una investigación con el objetivo de abarcar el tema de Musicoterapia aplicada a personas con la enfermedad de Alzheimer, en estado de ansiedad, depresión y agitación. Fue un estudio de diseño descriptivo comparativo, pues se tomaron seis artículos e investigaciones en las cuales se concluye que redujeron significativamente los niveles de ansiedad y depresión a partir de una cuarta semana adentrada en un programa de Musicoterapia. La conclusión general se basa en que los efectos de bienestar conseguidos en los estudios se manifiestan en las muestras, las cuales se llegan a sentir mejor y más relajadas, con menos carga emocional y física. La Musicoterapia ayuda a disminuir niveles de ansiedad, depresión y agitación en personas con Alzheimer.

Al igual que el estudio anterior, Alba (2012), en el Instituto Superior de Estudios Psicológicos ubicado en España, realizó su tesis de licenciatura, cuyo objetivo principal era identificar los estudios recientes que examinen la eficacia de la Musicoterapia en la

reducción de los síntomas de la depresión clínica. El estudio consistió en una revisión sistemática de publicaciones desde 2003 hasta la actualidad en el campo de Musicoterapia y depresión. El diseño del estudio era primordialmente descriptivo, pues en la revisión de artículos seleccionados se obtuvo la información más relevante. Los artículos revisados se conformaron por tres análisis descriptivos y un estudio comparativo. Se concluyó que en los artículos revisados, había información deficiente respecto a los procedimientos llevados a cabo para la terapia; sin embargo, todos los estudios demostraron que es posible realizar terapias por medio de la música en personas con depresión en distintos ámbitos. Todos los estudios revelaron efectos positivos en la reducción de los síntomas depresivos, lo que indica que se justifica una investigación adicional en el área.

Tomando como base los resultados de los estudios anteriores, es posible concluir que la Musicoterapia es un método innovador, tal como la terapia de arte y terapia ocupacional, que engloba un conjunto de técnicas y procedimientos prácticos y efectivos para tratar la depresión en el adulto mayor institucionalizado. También se puede concluir que la terapia no tiene como objetivo principal curar la depresión, sino reducir los niveles de ésta y mejorar la calidad de vida de los individuos. La sociedad que engloba a los grupos de adultos de la tercera edad, presenta una incidencia de depresión significativa debido a factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Pruebas psicométricas como el inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de depresión de Asberg y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage han demostrado ser eficaces para determinar y diagnosticar el nivel de depresión en adultos mayores.

La temática a estudiar se ha visto enriquecida por información en diversas publicaciones que tanto a nivel nacional como internacional, fundamentan la misma. A continuación se presenta información con respecto al adulto mayor y la depresión durante la ancianidad, seguida por los fundamentos teóricos que envuelve el concepto de Musicoterapia.

### **1.1 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 (2014a) 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 (2014a) 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 desarrollo 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.

En Guatemala se tiene la idea de que el envejecer es una etapa lamentable en la cual se pierden habilidades físicas y mentales, dando un concepto a las personas mayores como sinónimo de discapacidad e inutilidad social. La postura mencionada se generaliza, debido a que dicho envejecimiento aumenta el riesgo de contraer enfermedades y tener diversos tipos de discapacidad por la alteración de habilidades motoras y fisiológicas. “La actitud de resignación y apatía frente a esta forma de pensar, en conjunto con la serie de pérdidas propias de esta etapa y con la falta de definición del rol social para esta etapa de la vida influye en el estado de ánimo de esa población” (PRONAM, 2003, p. 55).

Erikson, (citado por Papalia, 2010), argumentaba que la vejez consiste en contemplar la vida en conjunto y con coherencia, pues es necesario aceptar la vida tal y como se ha vivido de la manera más optimista en sus circunstancias. Una vez llevado



esto a cabo, se logra alcanzar el desarrollo adecuado de la integridad del ego, la cual da como consecuencia la sabiduría, permitiendo que el adulto mayor acepte sus limitaciones sin recurrir al anhelo de poder haber tenido una vida mejor o distinta.

#### 1.1.1 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:
  - Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos.
  - Modificaciones en las funciones cognitivas.
  - Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.
  
- Cambios sociológicos:
  - 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.

### 1.1.2 Adulto Mayor e Institucionalización

Debido a que en el grupo del adulto mayor existen variaciones establecidas respecto a las condiciones y capacidad para satisfacer sus propias necesidades, se toma en cuenta que algunos poseen mayor vulnerabilidad y desventaja al compararlos con otros individuos que atraviesan la misma etapa. No es hasta el siglo XIX que surgen abruptamente los hogares o instituciones que ofrecen responsabilizarse del cuidado y protección del adulto mayor. Actualmente resulta normal ver hogares de ancianos como una nueva actividad económica con y sin fines de lucro en las cuales se ofrecen diferentes niveles de atención, organización, formación de actividad. Estas instituciones constituyen una realidad inevitable para la población anciana, pues al

contar con la oportunidad económica o contextual de formar parte de una de ellas, el abandono de sus personas cercanas, la ausencia de una familia como red de apoyo, pérdida de autonomía y carencia de recursos económicos, presentan como secuela la incidencia de trastornos mentales característicos de este grupo etario (Andrea, 2011; Bazo, s/f).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2002), hace aproximadamente 20 años, existía una población de aproximadamente 500,000 personas mayores de 60 años, de las cuales sólo el 0.11% estaban institucionalizados. Así mismo, argumenta que no existe un registro fiable de instituciones u hogares para la ancianos; y que debido a la falta de registros de fiscalidad y legislación, no hay capacidad para comprobar el cumplimiento de los servicios que supuestamente ofrecen. En toda Latinoamérica, en el 90% de países no existen leyes establecidas que controlen la existencia de asilos u hogares de la tercera edad.

En el caso de Guatemala, Villalobos (2012) indica que es difícil saber cuántos hogares de ancianos han sido establecidos, pues en los censos y análisis de varias organizaciones obtienen cifras distintas. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Centros de Salud (Draces), para junio de 2010, contabilizó 51 establecimientos en todo el país; por otro lado, la Procuraduría de los Derechos Humanos ha registrado 107, de los cuales dos son del Estado y el resto son privados, sustentados por donativos o aportes estatales. Dicha diferencia de datos se debe a que al no contar con papelería ni permisos necesarios, muchos hogares para ancianos operan de forma clandestina, por lo cual no se pueden obtener estadísticas oficiales certeras. El mismo autor, establece

que el Ministerio de Salud no cuenta con personal suficiente para supervisar estas instituciones, logrando abarcar alrededor del 5% de estos; la baja cifra de hogares para ancianos que las autoridades salubristas del país logran supervisar da lugar a que los asilos no cumplan con requisitos mínimos para atender a sus internos, resultando en varias denuncias o en las carencias que poseen para el cuidado apropiado de los adultos mayores. Es frecuente que dichas organizaciones den un servicio con personas no capacitadas adecuadamente para el desempeño que realizan y mucho menos con supervisión profesional.

Son muchos los problemas éticos que se han detectado en dichas instituciones según el Centro de Humanización de la Salud (2008), entre los más importantes se encuentran:

- Actitud sumamente parental de parte de los cuidadores, tratando a los adultos mayores como si fueran niños en vez de incentivar su capacidad de autonomía.
- Personal asistencial negligente sobre dichos individuos, sin capacitación técnica válida.
- Las personas institucionalizadas sufren de caídas por falta de prevención, mal diseño arquitectónico del inmueble, entre otros.
- Presencia de úlceras de presión en los residentes por cuidados mal aplicados.
- Incertidumbre a la hora de decidir si un anciano institucionalizado con enfermedades avanzadas debe de ser trasladado a un centro de atención

médica especializada para recibir tratamiento o intervención, o permanecer en la residencia.

- Abuso o restricción de psicofármacos, dosificados de forma errónea, provocando que el residente bajo los efectos del fármaco no sea una molestia en casos de agitarse o comportarse agresivamente.
- Al momento de darse un internamiento forzoso, sin considerar la opinión o decisión del anciano, incluso sin recurrir a un consentimiento informado.
- El derecho a la intimidad del adulto mayor es vulnerable, invasión a la privacidad.
- Frecuentes casos de maltrato psicológico de parte de los cuidadores.
- Son escasas las residencias que disponen de atención psicológica profesional.
- Por último, se menciona que es de carácter dudoso hasta qué punto los encargados fuerzan a las personas institucionalizadas a participar en actividades como talleres, excursiones, rehabilitación.

La responsabilidad sobre los adultos mayores institucionalizados se deriva de aspectos sociales centrados en los cuidadores familiares y el ámbito geriátrico que se valida como capaz de brindar atención adecuada para su cuidado. Los adultos mayores son vulnerables, ya sea por los cuidados especiales que requieren y del poder de decisión de sus familiares o de sus cuidadores. Dicha vulnerabilidad se hace evidente en las instituciones, pues el individuo estando a disposición de la atención que le brinden, sigue siendo responsabilidad de su familia y no de él mismo. Una deficiente calidad de atención, las normas y métodos de las instituciones geriátricas son

consecuencia de la ausencia de políticas de estado que protejan al adulto mayor institucionalizado (Diéguez y de los Reyes, 1999).

Una vez revisado el contexto de la situación de los adultos mayores en la sociedad actual, se destaca que son diversos los factores ambientales que aumentan el riesgo de padecer malestares físicos y psicológicos durante la tercera edad. A continuación, se aborda el tema de la depresión en relación con el adulto mayor.

## **1.2 Depresión**

Como seres humanos, es normal eventualmente experimentar sentimientos de tristeza y desolación; también lo es verse afectado por experiencias en el transcurso de la vida, tales como una enfermedad física grave, la pérdida de un ser querido, la pérdida de un empleo, un divorcio, ente otros. Para la mayoría de las personas dichos sentimientos de pesar y tristeza suelen desaparecer o reducirse significativamente con el paso del tiempo; sin embargo, cuando dichos sentimientos perduran en un individuo por un periodo relativamente prolongado, llegando a interferir en sus actividades cotidianas, es probable que esté enfrentando algo más serio. La depresión es una enfermedad real, la cual conlleva un alto costo en términos de problemas de relación, sufrimiento familiar y pérdida de productividad laboral; sin embargo es una enfermedad altamente tratable (APA, 2014b).

Albrecht y Herrick (2007) definen la depresión como una enfermedad compleja a la cual se le atribuyen varias causas que determinan qué tan probable es que una

persona llegue a desarrollar la enfermedad. Biológicamente se asocia con fluctuaciones en los niveles y actividad de ciertos neurotransmisores en el cerebro. San Molina (2011) establece que dicho trastorno es una enfermedad crónica y recurrente, que afecta a aproximadamente el 5% de la población mundial y que es más frecuente en las mujeres. El autor identifica factores que hacen más susceptible a un individuo para padecer depresión:

- Genética
- Personalidad
- Género
- Enfermedades crónicas
- Problemas económicos

Así mismo, menciona factores que pueden ocasionarla:

- Estrés y sucesos vitales estresantes
- Presencia de una enfermedad física
- Administración de algunos fármacos (beta bloqueadores y anticonvulsivos)

La OMS (2014b) afirma que la depresión es capaz de provocar sufrimiento significativo, trastornando la vida cotidiana del individuo. San Molina (2011) señala los síntomas de la depresión:

- Síntomas psicológicos:
  - Tristeza



- Pérdida de interés en cosas con las que se solía disfrutar
- Ansiedad
- Vacío emocional
- Pensamientos negativos
- Problemas de concentración o de memoria
- Delirios
- Alucinaciones
- Ideas de suicidio
  
- Síntomas físicos:
  - Problemas del sueño: Dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas de sueño
  - Enlentecimiento mental y físico
  - Aumento o disminución del apetito
  - Aumento o disminución del peso
  - Pérdida de interés en el sexo
  - Fatiga
  - Estreñimiento
  - Alteración de la menstruación

El listado mencionado anteriormente, representa una forma básica y minimalista de la categorización de criterios establecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

### 1.2.1 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, 2014b). 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. El 7% de la población mayor a 60 años se ve afectada por dicho padecimiento, representando 1.6% de la discapacidad total en el grupo de la tercera edad. El diagnóstico de dicha entidad por lo general no es el adecuado en centros de

atención primaria; es 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 (2014a) 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, 2014a).

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” (p.1). Para el diagnóstico de la depresión se han establecido criterios clínicos para la clasificación de la misma, los cuales se caracterizan por la aproximación con la que determinan la presentación de la sintomatología asociada a dicha patología. Los criterios referidos son comunes tanto para las directrices del DSM-5, como para CIE-10. Es fundamental que a consideración de los autores, se excluyen los trastornos relacionados con la bipolaridad o afectivos mixtos, pues ambos requieren estrategias de prevención y tratamiento distintas.

Tomando como referencia a Roche et al. (1998), es sabido que de todos los síndromes patológicos de la ancianidad, la depresión es el que más se presenta, siendo característico y grave, en cuya explicación se han aducido componentes endógenos o etiología orgánica, así como manifestaciones patológicas orgánicas tales como insomnio, estreñimiento, falta de apetito, etc.

Alberdi et al. (2006) documentan los principales trastornos derivados de la depresión, tales como el Trastorno Depresivo Mayor y sus variables, el trastorno Distímico, Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto, el Trastorno Depresivo no especificado, reacción de duelo y por último la depresión en el adulto mayor. Los mismos autores especifican que en estas personas, la depresión consiste en una alteración del estado de ánimo poco significativo, enmascarada con síntomas principales tales como pérdida del apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad.

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

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:

- 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).
- 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.).

- 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.

### **1.3 Musicoterapia**

Desde su sentido etimológico, la palabra Musicoterapia significa “terapia a través de la música”. Se define como la aplicación científica combinando el sonido con música y movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo, para así poder facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración social de una persona (del Campo, 1997).

Bruscia (1998) establece que la Musicoterapia es un proceso constructivo mediante el cual el terapeuta puede ayudar al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio un conjunto de experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta.

Son muchas las definiciones de Musicoterapia que existen, así como tipos de abordaje; sin embargo, es posible generalizar que ésta técnica se caracteriza por el uso fundamental de actividades musicales como la audición, ejecuciones vocales, instrumentales e improvisaciones. Debido a la aplicación global de la Musicoterapia como método de tratamiento para el bienestar de las personas se desglosan los aspectos principales de la misma:

### 1.3.1 Música

Jean-Jacques Rousseau (citado en Trivillin, 2013) menciona que “la música es el arte de combinar los sonidos de manera agradable al oído” (p.14). La Real Academia Española (2001) define a la música como el arte de combinar el sonido de la voz humana o de instrumentos musicales, o ambos a la vez, los cuales en el mejor de los casos producen deleite, influyendo en el estado afectivo de forma positiva alegre o triste.

El origen etimológico del término música proviene del griego “el arte de las musas”, el cual alude a un grupo de personajes míticos femeninos que causaban inspiración a artistas (de Gastón, 1979).

#### 1.3.1.1 Elementos de la Música

De acuerdo con la Orquesta Sinfónica Nacional de Costa Rica (2014), la música posee ciertos elementos principales:

- Ritmo: Elemento más importante de la música que tiene como función controlar y dividir el tiempo por medio de acentos y valores métricos. Es la duración de notas individuales lo que lo establece.



- Melodía: Elemento principal del arte musical, desempeñando de forma estética la sucesión de notas ordenadas en altura y duración.
- Armonía: Se le conoce como el movimiento y relación entre intervalos y acordes para la combinación adecuada de sonidos, estructura musical y evolución.

El sonido y el silencio son los dos estadios de la música. Los cuatro parámetros fundamentales del sonido son:

- Altura: Frecuencia que produce un cuerpo sonoro. Define a los sonidos como graves y agudos.
- Duración: Relativo al tiempo que las vibraciones que producen un sonido.
- Intensidad: Fuerza con la que se da un sonido, dependiente de la energía.
- Timbre: Calidad que da la capacidad de distinguir diferentes instrumentos o voces reproducidos simultáneamente.

#### 1.3.1.2 Efectos de la Música

Entre los principales efectos que la música produce en los distintos ámbitos de un individuo se encuentra una influencia sobre el funcionamiento cardíaco, frecuencia respiratoria, tensión arterial y función endocrina. La música también provoca cambios en el metabolismo y demás proceso enzimáticos, y es capaz de estimular el tálamo y la corteza, produciendo un efecto excitante, calmante y armonizante sobre todo el organismo (Manchado, 2005).

En el campo psicológico, se ha determinado que la música es capaz de facilitar la expresión de sentimientos y emociones, haciendo uso de lenguaje no verbal e

instrumentos incluyendo el cuerpo y la voz. Usada adecuadamente, la música puede reducir el estrés, calmar el dolor y estabilizar el estado de ánimo. La música puede estimular, despertar y desarrollar nuevas emociones y sentimientos. Desempeña el rol de fuente de placer, llevando a la catarsis y sublimaciones, junto a una percepción alterada del espacio y el tiempo. Representa el placer estético, paralelamente induciendo la participación intergrupala y entendimiento cultural. En el ámbito terapéutico se ha hecho el uso de la música para tratar varias dolencias y enfermedades como estados de ansiedad, depresión, estrés, hipertensión, psicosis, autismo y trastornos del comportamiento (Villaseñor, 2002).

En una entrevista hecha a un musicoterapeuta reconocido llamado Federico Gabriel, Pogoriles (2005) deduce que es erróneo pensar que la música es un medio curativo por sí mismo, pues no existe una canción que pueda “curar” por sí sola una enfermedad. La Musicoterapia pretende un mayor bienestar, y no “curar”, como se creía en la antigüedad. El musicoterapeuta utiliza la música como una herramienta dentro de un proceso terapéutico.

En relación a los géneros musicales (clásica, ambiental, salsa, merengue, boleros, marimba, chachachá, rock, pop, tango, etc.) se conoce desde siglos atrás, que las notas altas junto a tiempos ágiles causan alegría, que las notas bajas y los tiempos lentos producen melancolía, y que la disonancia produce ansiedad y miedo. Relaciones específicas se han postulado a partir del siglo XVII, cuando el compositor francés Marc-Antoine Charpentier presentó una lista de diecisiete claves acopladas a estados de ánimo y sentimientos particulares; destaca que, por ejemplo, la nota musical Do mayor

se relaciona con música considerada como alegre, Mi bemol mayor con música cruel y agresiva, Sol mayor con música tranquila y alegre (Díaz, 2010).

### 1.3.2 Antecedentes Históricos de la Musicoterapia

En la etapa primitiva, la Musicoterapia se relacionó con las principales expresiones musicales, para las cuales han sido propuestas diversas teorías con respecto a la génesis musical. En dicha etapa se cree que la música estuvo relacionada con diversos ritos de gran importancia tales como la caza, nacimiento, muerte, sanación, etc. Mostrando, de esta forma, una íntima relación con elementos de carácter mágico y religioso, la cual es evidente en las distintas civilizaciones antiguas china, griega, hindú y romana; en las que el carácter sagrado de la música se vio manifestado formando esta parte de diversos rituales divinos.

Los conceptos referentes a la Musicoterapia en la Edad Media han sido revelados a través de diversas fuentes de documentación literaria de la época, en las cuales se refieren al poder curativo de la música para afecciones tales como el insomnio y estados violentos. Asimismo, en el Renacimiento destaca la discusión científica basada en filosofía antigua relacionada a las propiedades musicales al igual que en la Ilustración, época en la cual surgen diversas formulaciones con respecto a cómo obra la música en los enfermos. La importancia de la música en la era del Romanticismo fue plasmada en textos de Goethe (1749-1832), Hegel (1770-1831) y varios pensadores más (Palacios, 2001).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se promueve la música como tratamiento terapéutico. La primera tesis musical realizada en 1882 titulada *La música en sus relaciones con la medicina* concluye que la música produce descanso, distrae al

hombre, y además se refiere a ésta como un elemento social que moraliza al hombre, recomendándola para ser aplicada en casos de neurosis, excitación y nerviosismo. En etapas posteriores, previo a la Primera Guerra Mundial, se tiene información del empleo de música en hospitales con el fin de disminuir la ansiedad en los quirófanos (Poch, 1998).

Hoy en día, la Musicoterapia ha adquirido una connotación científica, pues existen estudios realizados a nivel internacional que han fundamentado su efectividad. La incorporación de la misma a nivel universitario así como su expansión teórica y práctica a lo largo de Asia, Europa y América, han permitido el desarrollo de la misma, así como su fundamento teórico por medio de la investigación científica (Palacios, 2001).

Langer (citado por Villaseñor, 2002) consideraba que “la música puede expresar los sentimientos de mejor manera que cualquiera de las otras artes debido:

- La música es una forma de lenguaje simbólico de mayor abstracción que las otras artes.
- La música facilita más que otras artes la expresión de los sentimientos y de las emociones.
- La música es una forma simbólica inacabada que permite al ser humano ver proyectados en ella sus estados de ánimo.
- Los sentimientos humanos son expresados con mayor congruencia bajo formas musicales que a través del lenguaje, por lo que la música puede revelar la naturaleza de los sentimientos con más detalle y verdad.

- La posibilidad de expresar cosas opuestas simultáneamente, confiere a la música la posibilidad más intrincada de expresión y consigue con ello ir mucho más lejos que otras artes.” (pp. 64).

### 1.3.3 Modelos de la Musicoterapia

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).

#### 1.3.4 Técnicas de la Musicoterapia

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:

- De empatía
- De estructura
- De intimidad
- De facilitación
- De redirección
- De procedimiento
- De exploración emocional
- De debate
- Referenciales

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

- 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.
- Técnicas de estructura: Buscan proporcionar una base rítmica y tonal, también definiendo la duración y forma de una idea musical completa.
- 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.
- 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.
- 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.
- Técnicas referenciales: Se encargan de fomentar en el paciente la proyección de sentimientos y experiencias personales sobre la música.
- 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.



### 1.3.5 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).

### 1.3.6 La Musicoterapia y 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.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vejez es comúnmente percibida como la etapa de la vida en la cual una persona puede descansar y reflexionar, acompañada de oportunidades que permiten realizar actividades que quedaron pendientes durante el transcurso activo de la vida. Además, con el mismo envejecimiento, pueden venir muchas ganancias, tales como conocimiento, experiencia, sabiduría, descuentos financieros en algunos lugares, mayor tiempo libre, la venida de los nietos, entre otras; pero a pesar de dichas ventajas, esta etapa última de la vida conlleva acontecimientos negativos tales como trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amistades y familiares, incapacidad para participar en actividades que previamente se podrían hacer. Todos los aspectos negativos previamente mencionados representan una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo (APA, 2014a; Montilla, 2009).

Según la APA (2014a), es frecuente que una persona de edad avanzada sienta perder control sobre su propia vida, debido a cambios físicos que perjudican su capacidad para ser independiente y productiva. Debido a dicha problemática, surgen emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, los cuales provocan aislamiento social y apatía, síntomas característicos de la depresión. Este trastorno es comúnmente confundido y diagnosticado erróneamente, pues dichos síntomas se atribuyen a componentes endógenos o etiología orgánica, junto a manifestaciones orgánicas, como problemas de hipertensión, complicaciones lumbares, niveles de azúcar, entre otros (Roche et al., 1998; Sandoval, 2009).

Abordar el tema de depresión en el adulto mayor guatemalteco es de mucha importancia, pues siendo el segundo trastorno psicológico con mayor incidencia en la población mundial, y el más frecuente durante la vejez, Guatemala no es la excepción. Kepfer (2002) menciona que en el país, el 88% de personas mayores de 60 años carece de una pensión o jubilación, lo cual impide que lleven una vida digna. En una sociedad en la cual los derechos humanos están ausentes en la mayoría de casos y que el adulto de la tercera edad posee mayor riesgo, debido a que el derecho a la salud le es considerablemente limitado. La mayoría de instituciones que brindan atención en salud no cuentan con áreas especializadas de cuidados geriátricos, pues en todo el territorio nacional, sólo existen dos; esto es una situación alarmante que limita la atención en salud y calidad de vida, pues lamentablemente existe un desinterés general por el área que protege y resguarda al adulto mayor.

Al momento de realizar este estudio, son escasas las instituciones que brindan apoyo directo e innovador a la calidad de vida de las personas que la componen. La Musicoterapia es una propuesta reciente, la cual se ha estudiado por su capacidad y efectividad de reducir los niveles de depresión en personas que han formado parte de un programa. Aspectos laterales a la Musicoterapia brindan herramientas a los participantes que participan en un programa, las cuales pueden aplicar para manejar la depresión, abordando la complicidad, comunicación, ayuda mutua y solidaridad. La música puede causar un efecto inductor en el plano emocional, el cual comporta profundas resonancias afectivas, brindando tonalidades emocionales diferentes que pueden causar fenómenos de tensión, tales como un estado de relajación y bienestar (Benjumea, 2000).

Debido a los aspectos planteados anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación:

**¿Puede la Musicoterapia reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala?**

## **2.1 Objetivos**

### 2.1.1 Objetivo General

Determinar si la Musicoterapia puede reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala.

### 2.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar cuál es el nivel de depresión en un grupo de adultos mayores que residen en dicha institución, aplicando la Escala de Depresión Geriátrica.
- Identificar el nivel de depresión de los adultos mayores participantes en el estudio, una vez concluido el programa de Musicoterapia aplicado, haciendo uso de la misma escala.
- Comparar los resultados obtenidos por el grupo experimental y el grupo control en el pretest y posttest de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage al grupo de adultos mayores considerados sujetos de investigación.

## 2.2 Hipótesis

### 2.2.1 Hipótesis general

- **Hi:** La implementación de un programa de Musicoterapia disminuye el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos que se encuentran institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala con un nivel de 0.05 de confianza.

### 2.2.2 Hipótesis específicas

- **Hi1:** Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión obtenido por parte del grupo experimental y el grupo control antes de haber participado en un programa de Musicoterapia.
- **Hi2:** Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión del pretest y posttest, que presenta el grupo experimental de adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala, tras haber participado en un programa de Musicoterapia.
- **Hi3:** Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión del pretest y posttest, que presenta el grupo control de adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala tras haber participado en un programa de Musicoterapia.

- **Hi4:** Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión de los adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado de la Ciudad de Guatemala, del grupo experimental y el grupo control medido en el pretest y en el postest.

Tomar en cuenta que para cada hipótesis alterna, se considera su respectiva hipótesis nula.

## **2.3 Variables**

### 2.3.1 Variables de Estudio

- Dependiente: Nivel de Depresión
- Independiente: Musicoterapia

### 2.3.2 Variables controladas

Todos los sujetos de estudio han estado institucionalizados en la misma organización desde por lo menos 2 meses y cuentan con 60 años o más; tienen capacidades motoras y cognitivas, así como sensoriales para formar parte del programa de Musicoterapia. Se controló que no tuvieran demencia y que no estuvieran bajo un tratamiento de fármacos antidepresivos.

### 2.3.3 Variables no controladas

No se controló la causa o motivo de su institucionalización, tampoco su estado civil, si se comunican con sus familias, si tienen comorbilidad con otras enfermedades

características de su grupo etario excluyendo la demencia o si pudieron acudir a todas las sesiones programadas debido a situaciones personales y específicas de cada participante.

## **2.4 Definición de Variables**

### 2.4.1 Definición conceptual

#### 2.4.1.1 Depresión:

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013), DSM-5 por sus siglas en inglés, describe a los trastornos depresivos como la presencia de tristeza, vacío y humor irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la funcionalidad de un individuo. Por lo general, se caracterizan por una duración de por lo menos dos semanas, involucrando cambios súbitos del estado de ánimo, cognición y funciones neurovegetativas.

La OMS (2014b) define a la Depresión como un episodio en el cual hay presencia de un estado de ánimo decaído, manifestando falta de interés y capacidad para disfrutar; así mismo, como reducción de energía que causa una disminución de la actividad; esto durante un periodo mínimo de dos semanas. Gran parte de las personas deprimidas también manifiestan síntomas de ansiedad, alteraciones en su patrón de sueño, desórdenes en la alimentación, sentimientos constantes de culpa y una baja autoestima, así como dificultades notorias de concentración. Ésta puede llegar a ser crónica o recurrente, afectando el desempeño laboral, académico y la capacidad para afrontar la vida diaria. Su manifestación más grave puede conducir al suicidio; sin



embargo, cuando es leve, puede ser tratada sin recurrir a fármacos. Puede ser atendida por especialistas en el ámbito de atención primaria.

Por otro lado, Rowe (1998) define a dicho trastorno como una dolorosa enfermedad, la cual se presenta como una experiencia universal, durante la cual surge un infeliz retraimiento, una hibernación incómoda durante la cual el individuo se hace consciente de que algo no está bien en su vida. La depresión es un túnel que la persona misma construye, pero que de tal forma, también es capaz de encontrarle salida.

#### 2.4.1.2 Musicoterapia:

La Musicoterapia puede definirse como el proceso constructivo durante el cual un profesional es capaz de ayudar al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, haciendo uso como fuerza dinámica de cambio una serie de experiencias musicales y las relaciones interpersonales que se desarrollan a través de dicho procedimiento (Bruscia, 1998).

Betés (2000) describe a la Musicoterapia como una disciplina joven, la cual se encarga del estudio de la música en su más amplio sentido, ya sea como sonido, silencio, ritmo, melodía y armonía, orientados a la prevención y tratamiento de muchos trastornos. Se interesa en el sentido utilitario del arte de la música como remedio utilizado para curar, paliar o evitar trastornos tanto físicos como psíquicos.

## 2.4.2 Definición operacional

### 2.4.2.1 Depresión:

Para esta investigación, se define como el nivel de Depresión obtenido con base en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en la cual una calificación de 4 puntos o menos indican un nivel normal o ausencia de manifestaciones depresivas significativas, de 5 a 8 puntos indica depresión leve; un resultado de 9 a 11 puntos se comprende como depresión moderada, y 12 puntos o más indican depresión severa (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

### 2.4.2.2 Musicoterapia:

Para el presente estudio, se define Musicoterapia como el término empleado que representa un programa diseñado e impartido a un grupo experimental de adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala, el cual está conformado por un total de 14 sesiones, impartidas dos veces a la semana, con una duración de 60 minutos cada una. Dichas sesiones se realizan tomando como base el uso de varias actividades, entre las cuales se encuentran:

- Audición musical: Se propondrá al grupo escuchar música dirigida, con el objetivo de promover la imaginación y creatividad en cada individuo, para que éste haga referencia a vivencias pasadas y e imágenes.
- Juegos interactivos musicales: Haciendo uso de habilidades motoras, el canto y la música, se busca promover la interacción grupal para animar a los participantes durante las sesiones.

- Improvisación musical: Implica la expresión de forma improvisada, espontánea y libre, haciendo uso de la creatividad a través de varios instrumentos musicales, como tambores, flautas, cascabeles, guitarras, triángulos y teclado. La propia voz se considera un instrumento musical para el canto, así como el cuerpo para la danza.

## **2.5 Alcances y Límites**

La presente investigación se llevó a cabo con un grupo de adultos mayores, quienes estaban deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado de la Ciudad de Guatemala. Para seleccionar a los sujetos de este estudio, se hizo uso del criterio y observaciones brindadas por la psicóloga de la institución, al identificar a 24 adultos mayores que presentaran una sintomatología evidente de depresión; luego fueron divididos aleatoriamente conformando dos grupos, experimental y control respectivamente. Todos los sujetos contaban con un perfil característico para formar parte del estudio, siendo de ambos sexos, tenían que tener 60 años o más, estar institucionalizados en dicha organización por lo menos 2 meses a la fecha de haber iniciado la evaluación y el programa, no padecer demencia y no llevar un tratamiento de fármacos antidepresivos. Además, se tomó en consideración que en caso de tener discapacidades físicas y motoras, éstas no fuesen lo suficientemente limitantes para formar parte de las actividades planificadas. Los resultados obtenidos no se pueden generalizar, pues la muestra no es representativa respecto a la población adulta mayor en Guatemala; sin embargo, se puede tomar como referencia en instituciones de la misma índole.

## **2.6 Aporte**

Se propone considerar este estudio como un aporte valioso para el conocimiento de la psicología, en especial con técnicas alternativas para el tratamiento de la Depresión, así como para el estudio y difusión de métodos terapéuticos innovadores aplicables en instituciones privadas y públicas.

Concretamente, la presente investigación puede cumplir la función de evidenciar y comprobar la eficacia de la Musicoterapia como técnica psicoterapéutica alternativa para el tratamiento de la depresión en adultos mayores institucionalizados. El aporte principal hace su función cuando con base en los resultados y procedimiento del estudio, se puede orientar a mejorar la calidad de vida de dichos sujetos implementando el enfoque musicoterapéutico como herramienta práctica y efectiva para lograrlo.

También se presenta un programa establecido, diseñado con base en fundamentos teóricos y prácticos de Musicoterapia propuestos por Bruscia, el cual es capaz de disminuir el nivel de depresión en adultos mayores, así como mejorar la calidad de vida, incrementar su autoestima, motivación, relaciones interpersonales, destrezas y expresión de emociones y pensamientos. Dicho programa de Musicoterapia, brinda una alternativa ante el manejo de la depresión en el adulto de la tercera edad, sin necesidad de estar institucionalizado en un tipo de organización en específico. El programa propuesto, es aplicable en otros entornos tales como centros de salud pública, hospitales privados, terapia grupal, centros de apoyo, organizaciones no gubernamentales, centros de capacitación y educación, entre otros; además, se

puede acoplar una intervención preventiva para mantener el bienestar afectivo de dichas personas.

Con relación al contexto y campo de la Psicología Clínica en Guatemala, se brinda un aporte que puede emplearse como una opción ante tratamientos innovadores, dinámicos y atractivos para la depresión en los sujetos mencionados, pues es aplicable de forma flexible y efectiva ante muchas circunstancias. Por último, se pretende que el tema de investigación y los resultados obtenidos sean factores que provoquen interés en otros profesionales y estudiantes de psicología en el país, para que se vean motivados a implementar dicho enfoque ya sea en otro tipo de instituciones, así como en sujetos de estudio de diferente edad y necesidades.

En la institución que se trabajó, se ha optado por brindar información esencial que forme y establezca métodos alternativos y dinámicos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, pues se podría alcanzar un efecto positivo en pro de la salud y bienestar de ellos, volviéndolos más sociales, activos, motivados y sanos.

Una vez concluido el programa de Musicoterapia con el grupo experimental, se decidió implementar el mismo programa de Musicoterapia a los sujetos que conformaban el grupo control, contando con el apoyo de los cuidadores asignados en la institución durante el resto de sesiones; se donó el material de audio e instrumental necesario para utilizar en dichas actividades. Se brindó supervisión y apoyo a los cuidadores y supervisores del asilo ante la elaboración del programa, con el fin de que todo el grupo control contara con los mismos beneficios obtenidos en el grupo experimental.

### III. MÉTODO

#### 3.1 Sujetos

Para la realización del presente estudio, se trabajó con adultos de ambos sexos, que fueran mayores de 60 años. Dichas personas estaban institucionalizadas en un hogar de ancianos privado de la Ciudad de Guatemala en el transcurso del año 2014.

Se tomó en cuenta criterios de inclusión para formar parte del estudio, tales como el no estar bajo tratamiento de fármacos antidepresivos, no llevar un proceso terapéutico personal paralelo al estudio, haber estado institucionalizados como mínimo por 2 meses a la fecha de iniciado el estudio, no presentar demencia, no consumo de sustancias estupefacientes, no haber formado parte de un grupo de Musicoterapia previamente, ausencia de enfermedades o discapacidades físicas que imposibilitaran totalmente su desenvolvimiento y desempeño en las actividades.

El proceso de selección es no probabilístico con la técnica de criterio, y consistió inicialmente en consultar con la psicóloga y los cuidadores del hogar de ancianos para que identificaran a quienes consideraban que estaban deprimidos por medio de una hoja de referencia. Es importante mencionar que en el presente estudio, no consistió en trabajar con adultos mayores formalmente diagnosticados con depresión, sino que se abordaron los rasgos y síntomas depresivos que presentaban. Una vez delimitada la población, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage a 24 individuos en total, para posteriormente dividirlos en dos grupos de 12 personas cada uno.

A cada persona seleccionada para el estudio se le asignó un número único. La división aleatoria de los 24 sujetos como parte del grupo experimental o control para el

estudio se realizó haciendo uso del software Microsoft Excel 2013, el cual cuenta con la función para generar números aleatorios por medio de un rango.

**Tabla 3.1 Características de los sujetos de grupo experimental**

<b>Sujeto</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Tiempo de estar institucionalizado (meses)</b>	<b>Enfermedades, discapacidades y observaciones</b>
1	F	86	Soltera	13	Artritis
2	M	70	Soltero	12	Ninguna
3	M	61	Soltero	15	Pie amputado, usa silla de ruedas
4	M	86	Viudo	48	Ninguna
5	M	71	Soltero	50	Osteoporosis, usa andador
6	M	74	Viudo	38	Artritis, usa silla de ruedas
7	M	70	Soltero	4	Ninguna
8	F	80	Soltera	36	Artritis, usa andador
9	M	75	Soltero	3	Complicación lumbar, usa silla de ruedas y soporte de cuello
10	F	65	Soltera	48	Ceguera, deformación de manos
11	F	82	Soltera	36	Artritis, usa silla de ruedas
12	M	81	Viudo	24	Falleció durante el estudio

**Tabla 3.2 Características de los sujetos de grupo control**

<b>Sujeto</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Tiempo de estar institucionalizado (meses)</b>	<b>Enfermedades, discapacidades y observaciones</b>
<b>13</b>	M	99	Viudo	34	Ceguera y osteoporosis, usa andador
<b>14</b>	M	76	Soltero	4	Ninguna
<b>15</b>	M	86	Soltero	84	Brazo dislocado
<b>16</b>	M	69	Soltero	4	Artritis y obesidad, usa bastón
<b>17</b>	M	82	Soltero	16	Ninguna
<b>18</b>	M	75	Soltero	24	Ninguna
<b>19</b>	F	84	Soltera	4	Artritis
<b>20</b>	M	77	Soltero	24	Diabetes
<b>21</b>	M	77	Soltero	48	Osteoporosis, usa silla de ruedas
<b>22</b>	F	92	Soltera	96	Malformación de manos, usa silla de ruedas
<b>23</b>	F	84	Viuda	6	Artritis, usa silla de ruedas
<b>24</b>	M	75	Viudo	5	Falleció durante el estudio

La institución donde se llevó a cabo el estudio es un hogar de ancianos ubicado en la zona 5 de la Ciudad de Guatemala. Es una entidad privada no lucrativa, creada esencialmente para brindar servicio social. Un grupo de mujeres religiosas son las que administran y dirigen el lugar, velando por el cuidado adecuado de los individuos internados. El hogar de ancianos alberga a adultos mayores de ambos sexos, ofreciendo servicios de vivienda, alimentación, atención médica y psicológica,



fisioterapia, , terapia ocupacional, servicio de enfermería y trabajo social; también, recibe apoyo de diversas organizaciones como colegios, empresas privadas y gubernamentales, en cuanto a la atención y desenvolvimiento de los ancianos. Las instalaciones del lugar eran óptimas para poder impartir el programa de Musicoterapia, contando con el apoyo de supervisores y equipo de enfermería para trasladar a los participantes en caso de ser necesario.

### **3.2 Instrumento**

Para esta investigación se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS por sus siglas en inglés) dos veces, primero como pretest antes de la aplicación de un programa de Musicoterapia y luego como posttest al haber concluido la aplicación de éste. Dicha escala fue elaborada por Brink y Yesavage en 1982 (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer, 1983). Originalmente contó con 30 ítems en forma de respuesta cerrada; posteriormente, Sheikh y Yesavage desarrollaron en 1986, una versión resumida y perfeccionada de la escala, reduciéndola a 15 ítems, siendo la elegida a aplicar en el presente estudio (APA, 2014). Kurlowicz y Greenberg (2007) establecen que al haber muchos instrumentos disponibles para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ha sido probada y examinada exhaustiva y específicamente con población mayor de 60 años. Los mismos autores consideran que es la mejor herramienta para detectar rasgos depresivos en este grupo etario, ya que entiende que otras escalas tienen la tendencia de sobrevalorar síntomas somáticos y neurovegetativos de menor valor en el paciente geriátrico.

### 3.2.1 Condiciones de administración

Yesavage et al. (1983) afirman que el diseño simple de la escala fue específicamente para que adultos mayores con dificultades tuvieran la posibilidad de realizarla. La escala se puede usar con adultos de la tercera edad sanos, físicamente enfermos e incluso cognitivamente discapacitados debido a su práctica aplicación. No hay un estricto método para su aplicación, pues puede ser autoaplicada o guiada, grupal o individual; únicamente en el caso de un adulto mayor que cuente con dificultades motoras al grado de incapacitarle para marcar respuestas por sí mismo puede ser asistido, leyéndole los ítems y que señale la respuesta deseada. Respecto a la posibilidad de que los pacientes no respondan todos los ítems de la escala, Sheikh y Yesavage (1986) establecen que la prueba se vuelve inválida al no contar con 5 o más respuestas marcadas.

### 3.2.2 Validez y Confiabilidad de la escala

Con respecto a su validez y confiabilidad, se descubrió que la escala cuenta con un 92% de sensibilidad y 89% de especificidad cuando se evalúa contra criterios diagnósticos, lo cual fue comprobado a través de práctica clínica e investigación. La simple y económica aplicación de la prueba, junto al hecho de que no requiere estandarización previa y su alta sensibilidad y especificidad, fundamentan por qué se emplea ampliamente en el tratamiento de pacientes geriátricos deprimidos y su diagnóstico diferencial de pseudodemencia por depresión. Es importante mencionar que esta escala es una herramienta útil para facilitar la detección de depresión en adultos de la tercera edad, pero que no aborda aspectos relacionados a la depresión como el suicidio (Sheikh y Yesavage, 1986).

### 3.2.3 Interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica

Para interpretar los resultados obtenidos en la GDS, se valora cada pregunta con una puntuación ya sea de 1 ó 0. De los 15 ítems, 10 indican presencia de depresión cuando son respondidos con “Sí” (preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15), mientras que los 5 ítems restantes lo indican con respuestas de “No” (preguntas 1, 5, 7, 11 y 13). Dependiendo de la cantidad de puntos, el pronóstico de depresión se interpreta así (Kurlowicz y Greenberg, 2007):

- De 0 a 4 puntos refieren un nivel **normal** o ausencia de rasgos depresivos significativos.
- De 5 a 8 puntos sugieren presencia de un nivel de depresión **leve**.
- De 9 a 11 puntos indican un nivel **moderado** de depresión.
- De 12 a 15 puntos se comprende como un nivel de depresión **severa**.

### 3.3 Procedimiento

- Una vez delimitado el problema de investigación, se procedió a elaborar objetivos para el estudio.
- Se buscó apoyo bibliográfico y antecedentes para sustentar su fundamento e importancia.
- Después, se seleccionó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage como instrumento a usar en la presente investigación, ya que es acorde a las necesidades y objetivos de la misma.
- Posteriormente, se revisó teoría y técnicas de Musicoterapia para diseñar y establecer un programa que se aplicó a los sujetos de investigación.

- Se validó el programa con expertos en el tema de enfoques psicológicos alternativos, depresión, estadística y adulto mayor.
- Después se solicitó autorización en un hogar de ancianos privado de la ciudad de Guatemala para poder seleccionar a los sujetos y llevar a cabo la investigación.
- Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se realizó una selección no probabilística a los sujetos para el estudio por medio de observaciones de la psicóloga del hogar y los criterios de inclusión.
- Usando el software Microsoft Excel 2013 y por medio de un código por sujeto, se dividió a los participantes en grupo control y grupo experimental con 12 integrantes cada uno.
- Indicando a los sujetos que se guardaría su confidencialidad, posteriormente se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage a los individuos seleccionados a participar en ambos grupos.
- Luego, se tabuló la información de resultados obtenidos en la escala por los sujetos del grupo control y experimental, realizando los cálculos estadísticos.
- Al contar con los grupos establecidos, se aplicó el programa de Musicoterapia diseñado al grupo experimental dos veces semanalmente, con 1 hora de duración por sesión y un lapso de 7 semanas en total.
- Una vez concluidas las 14 sesiones del programa, se aplicó nuevamente la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Los nuevos resultados fueron calculados otra vez por medio del software ya mencionado, y se procedió a compararlos con los que se obtuvieron antes de

haberse aplicado el programa, haciendo uso de la  $t$  de Student para comprobar o rechazar las hipótesis.

- Se elaboró la discusión de resultados.
- Luego, se formularon las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.
- Finalmente, por motivos éticos, se implementó el programa de Musicoterapia a los sujetos que conformaron el grupo control en el estudio y se donaron los instrumentos musicales utilizados al hogar de ancianos.

### **3.4 Diseño de la Investigación**

La presente investigación es de tipo cuantitativo con diseño cuasi experimental, el cual Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen como la manipulación intencional de una acción para analizar sus posibles resultados. Este diseño propone revisar y analizar los efectos que la manipulación de una variable independiente tiene sobre una o más variables dependientes; sin embargo, difiere de los experimentos “puros” en cuanto al grado de confiabilidad que pueda tenerse sobre una equivalencia inicial de los grupos. Los sujetos no son asignados aleatoriamente, ni se emparejan. En este estudio, se entiende por variable independiente al programa de Musicoterapia y por variable dependiente al nivel de Depresión de los adultos de la tercera edad.

Es un estudio de pretest-postest con grupo control, el cual Hernández et al. (2010) identifican, ya que asigna aleatoriamente a los grupos, para después aplicarles simultáneamente el pretest. Posteriormente, un grupo es el que recibe tratamiento experimental y el otro no, para una vez concluido el tratamiento, se aplica el postest.

El diseño se representa de la siguiente manera:



Hernández et al. (2010) explican el diagrama de diseño del estudio mediante los siguientes términos:

- R: Asignación al azar.
- G: Grupo de sujetos.
- X: Tratamiento, estímulo o condición experimental.
- O: Medición a los sujetos del grupo. Si aparece antes del tratamiento, se entiende como pretest, y si aparece después del mismo, se trata de un posttest.

Los mismos autores reconocen que el aplicar el posttest posee dos ventajas. La primera hace relación a que las puntuaciones obtenidas en ésta sirven para mantener control en el experimento como punto de comparación y comprobar la adecuada distribución aleatoria de los grupos; la segunda ventaja es que dicho diseño de pretest-posttest sirve para el análisis de puntaje-ganancia de ambos y de cada grupo.

### **3.5 Metodología Estadística**

Para calcular y analizar los resultados obtenidos en el pretest y posttest del presente estudio, se hizo uso de estadística descriptiva, la cual es encargada de recopilar, presentar y caracterizar un conjunto de datos con el objetivo de describir

apropiadamente las diversas características de dicho conjunto (Facultad de Ingeniería de la Universidad San Carlos de Guatemala, 2011).

Para realizar dicho análisis de datos se requieren las siguientes medidas de tendencia central definidas por Sentís (2003):

- Media ( $\bar{x}$ ): Es la medida de posición que proporciona una descripción de cómo están centrados los datos. Es el valor alrededor del cual se agrupan los demás valores de la variable.
- Mediana ( $Mdn$ ): Valor de observación que ocupa la posición central de un conjunto de datos ordenados según su magnitud.
- Moda ( $Mo$ ): Valor o conjunto de datos que repite más. Valor más típico de una serie de datos.
- Desviación estándar o típica ( $s$ ): Medición de la dispersión promedio en torno a la media. Demuestra cómo fluctúan los valores mayores por encima y debajo de la media.

Al contar con las mencionadas medidas de tendencia central, se procede a comprobar o rechazar las hipótesis del estudio. En este estudio se emplea el uso de la  $t$  de Student, ya que según Tomás-Sábado (2010):

*“La prueba  $t$  de Student se usa para contrastar la hipótesis nula de que la muestra procede de una población en la que la media de  $X$  es igual a una determinada constante  $m$ . Consiste en comparar, teniendo en cuenta la dispersión de los datos, la media observada en la muestra con la esperada bajo*

*la hipótesis nula. Si p-valor, asociado al estadístico de contraste es mayor que  $\alpha$  se asumirá la hipótesis nula” (p. 89).*

Una vez calculados los resultados por medio de la  $t$  de Student, es posible medir el tamaño del efecto, lo cual permite identificar la magnitud o relevancia práctica de las diferencias encontradas en el estudio. El método más utilizado en la actualidad para medirlo es la  $d$  de Cohen, siendo un índice que muestra el tamaño del efecto como una diferencia tipificada, donde el valor surge de la diferencia de las medias entre los grupos (experimental y control en este caso) y el denominador es la combinación de las desviaciones estandar de dichos grupos (Pérez, Galán y Quintanal, 2012).

Los mismos autores indican que en el caso de las ciencias sociales, se tiende a usar los siguientes valores para interpretar el tamaño del efecto con el valor de la  $d$  de Cohen:

- $d \leq 0.20$  = efecto pequeño
- $d \sim 0.50$  = efecto moderado
- $d \geq 0.80$  = efecto grande



#### IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos en relación a la aplicación del Programa de Musicoterapia impartido en un hogar de ancianos privado ubicado en la Ciudad de Guatemala.

Primero en la tabla 4.1 se presentan las puntuaciones del pretest de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de ambos grupos, experimental y control, cuyo objetivo era determinar el nivel de depresión de los participantes antes de iniciar las sesiones programadas. Nótese que cada grupo cuenta con un total de 11 integrantes, lo cual es debido a que durante el estudio, fallecieron dos participantes, de los cuales uno pertenecía al grupo experimental y otro al grupo control, por lo cual no son incluidos en los cálculos de la investigación.

**Tabla 4.1 Resultados del pretest los grupos experimental y control en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se determina el nivel de depresión previo al Programa de Musicoterapia**

<b>Grupo</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Punteo</b>	<b>Nivel de depresión</b>
<b>Experimental</b>	1	7	Leve
	2	10	Moderado
	3	8	Leve
	4	4	Normal
	5	7	Leve
	6	3	Normal
	7	7	Leve
	8	10	Moderado

	9	6	Leve
	10	5	Leve
	11	5	Leve
<b>Control</b>	13	7	Leve
	14	4	Normal
	15	7	Leve
	16	7	Leve
	17	5	Leve
	18	9	Moderado
	19	3	Normal
	20	7	Leve
	21	8	Leve
	22	9	Moderado
	23	6	Leve

Se observa que en cuanto al grupo experimental y sus resultados en el pretest. 2 sujetos tienen un nivel normal, el cual indica ausencia de depresión o manifestaciones no significativas; 7 sujetos cuentan con un nivel leve de depresión, mientras 2 que tienen un nivel moderado de la misma. Por otro lado, son 2 individuos del grupo control los que tienen un nivel normal, 7 los que muestran un nivel leve y los 2 restantes resultaron con un nivel moderado de depresión. La media de puntuación en el grupo experimental es de 6.55, estando en el rango leve de nivel de depresión. De forma similar, el grupo control tuvo un promedio de 6.54, también perteneciente al rango leve de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la tabla 4.2 se describen los resultados comparados entre el grupo experimental y el control en cuanto al pretest, haciendo los análisis estadísticos por medio de la *t* de Student.

**Tabla 4.2 Diferencia de media pretest para grupo experimental y grupo control**

	<b><i>Experimental Pretest</i></b>	<b><i>Control Pretest</i></b>
<b><i>Media</i></b>	6.55	6.54
<b><i>Desviación estándar</i></b>	2.25	1.92
<b><i>N</i></b>	11	11
<b><i>Estadístico t</i></b>	0.00	
<b><i>P(T&lt;=t) dos colas</i></b>	1	
<b><i>Valor crítico de t (dos colas)</i></b>	2.09	

Se puede notar que no existen diferencias estadísticamente significativas antes de iniciar el Programa de Musicoterapia entre el grupo control y el grupo experimental, ambos grupos inician de forma parecida antes del experimento. Dichos resultados en el pretest, indican que ambos grupos eran similares, lo cual se explica gracias a la distribución aleatoria entre de los participantes. Se acepta la hipótesis nula 1.

Al haber completado la aplicación del pretest a todos los miembros participantes en el estudio, se procedió a impartir el Programa de Musicoterapia, con un total de 14 sesiones en un lapso de 7 semanas. Una vez concluido éste, se volvió a aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. En la tabla 4.3 se presentan los resultados obtenidos una vez concluido el programa.; el objetivo de la segunda aplicación de la escala era determinar si el nivel de depresión presente en los individuos había disminuido.

**Tabla 4.3 Resultados del postest los grupos experimental y control en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se determina el nivel de depresión una vez concluido el Programa de Musicoterapia**

<b>Grupo</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Punteo</b>	<b>Nivel de depresión</b>
<b>Experimental</b>	1	7	Leve
	2	6	Leve
	3	10	Moderado
	4	4	Normal
	5	4	Normal
	6	2	Normal
	7	3	Normal
	8	7	Leve
	9	4	Normal
	10	2	Normal
	11	4	Normal
<b>Control</b>	13	9	Moderado
	14	3	Normal
	15	6	Leve
	16	6	Leve
	17	6	Leve
	18	10	Moderado
	19	3	Normal
	20	9	Moderado
	21	5	Leve
	22	11	Moderado
	23	8	Leve

Los resultados obtenidos en el postest, permiten observar ciertas variaciones en comparación con lo que se obtuvo en el pretest. Primero, en el grupo experimental se indica que fueron 7 los sujetos quienes resultaron con normalidad o ausencia de depresión, y 3 con un nivel leve de la misma; 1 integrante del grupo experimental obtuvo un nivel moderado de depresión como resultado. En el caso del grupo control, 2 participantes resultaron con normalidad o ausencia de depresión, 5 con un nivel leve y 4 con nivel moderado de depresión. La media del grupo experimental, tras haber formado parte del Programa de Musicoterapia, fue de 4.82, la cual representa nivel de normalidad o ausencia de depresión, pues no hay manifestaciones significativas de la misma; mientras que la media obtenida de parte del grupo control fue de 6.91, la cual pertenece a un nivel leve de depresión según la escala aplicada, indicando posibilidad de presencia de la patología estudiada.

Luego, se compararon los resultados obtenidos por el grupo experimental y el grupo control. Primero, la tabla 4.4 muestra la diferencia entre el pretest y el postest para el grupo experimental.

**Tabla 4.4. Diferencia antes y después grupo experimental**

	<b><i>Experimental Pretest</i></b>	<b><i>Experimental Postest</i></b>
<b><i>Media</i></b>	6.55	4.82
<b><i>Desviación estándar</i></b>	2.25	2.44
<b><i>N</i></b>	11	11
<b><i>Estadístico t</i></b>	3.01	
<b><i>P(T&lt;=t) dos colas</i></b>	0.01	
<b><i>Valor crítico de t (dos colas)</i></b>	2.23	
<b><i>d</i></b>	(0.71)	

Se puede notar que si existe diferencia estadísticamente significativa, antes y después del programa de Musicoterapia, por tanto se rechaza la hipótesis nula, los resultados son más allá que los esperados por casualidad. Al hacer el cálculo del tamaño del efecto de Cohen (d) se muestra un impacto de 0.71, que siguiendo los criterios habituales y asumiendo una distribución normal, dicho impacto fue moderado. Se rechaza la hipótesis nula 2.

Posteriormente, en la tabla 4.5 se expone la diferencia ente pretest y posttest del grupo control.

**Tabla 4.5 Diferencia antes y después grupo control**

	<b><i>Control Pretest</i></b>	<b><i>Control Posttest</i></b>
<b><i>Media</i></b>	6.55	6.91
<b><i>Varianza</i></b>	1.92	2.7
<b><i>Observaciones</i></b>	11	11
<b><i>Estadístico t</i></b>	(0.71)	
<b><i>P(T&lt;=t) dos colas</i></b>	0.49	
<b><i>Valor crítico de t (dos colas)</i></b>	2.23	

No existe una diferencia estadísticamente significativa en el grupo control, antes y después de la medición. Con lo cual se acepta la hipótesis nula 3.

Por último, tras haber descrito los resultados obtenidos de parte de ambos grupos por separado, se expone la diferencia combinada de antes y después para ambos grupos, midiendo el efecto del Programa de Musicoterapia aplicado al grupo experimental en la tabla 4.6.

**Tabla 4.6 Diferencia en cambio entre el grupo control y el grupo experimental**

	<i>Diferencia antes y después control</i>	<i>Diferencia antes y después experimental</i>
<b>Media</b>	0.36	(1.73)
<b>Desviación estándar</b>	1.69	1.9
<b>N</b>	11	11
<b>Estadístico t</b>	2.73	
<b>P(T&lt;=t) dos colas</b>	0.01	
<b>Valor crítico de t (dos colas)</b>	2.09	
<b>d</b>	(0.76)	

Se puede notar que al realizar las diferencias en cambio (pretest menos posttest) por cada grupo, dichas diferencias comparadas entre el control y el experimental, muestran una diferencia estadísticamente significativa. El tamaño del efecto (d) de Cohen indica que dicha diferencia tiene un tamaño moderado (-0.76). Esto significa que el impacto de la Musicoterapia en el grupo experimental es moderado.

Lo previamente mencionado, indica que si hay diferencia en cambio entre el grupo control y experimental, por lo cual se rechaza la hipótesis nula 4 y la hipótesis nula general.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta sección del estudio, se presenta una discusión de los resultados obtenidos tras la aplicación de un programa de Musicoterapia, cuyo objetivo era verificar si éste es capaz de reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala.

La ancianidad, según la APA (2014), se comprende como la última etapa en ciclo vital del ser humano, en la cual idealmente se encuentra descanso y reflexión; sin embargo, en la mayoría de casos, el envejecimiento no es percibido como un proceso positivo, pues implica el surgimiento de situaciones que pueden dificultar significativamente el bienestar del individuo, como en el caso de la depresión. Cabe destacar que la depresión no es necesariamente un síntoma característico del envejecimiento, pero que está estrechamente vinculado con el contexto social en el que interactúa, llevando al aislamiento; la oportunidad de establecer nuevas relaciones interpersonales satisfactorias y desenvolverse armoniosamente con el entorno se dificulta significativamente (Preciado et al., 2011). En este estudio se trabajó con individuos que presentaban una sintomatología característica de la depresión.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2014), señala a la artritis como una de las enfermedades típicas de la ancianidad, así como problemas visuales, osteoporosis, entre otras. La prevalencia de enfermedades crónicas se hizo evidente en el contexto en el cual se llevó a cabo este estudio, con un 75% de sujetos que padecían enfermedades crónicas que limitaban su funcionamiento de forma



significativa, tal como su capacidad para caminar, comer o incluso ir al baño; la enfermedad más frecuente fue la artritis, pero también hubo casos de osteoporosis, problemas visuales y demás padecimientos crónicos en la muestra del estudio. Los resultados finales fueron obtenidos de una muestra de 22 participantes, pues durante la elaboración del programa, fallecieron dos adultos mayores, uno de cada grupo.

Cada vez es más frecuente ver hogares de ancianos como instituciones que brindan atención y cuidados variados a la población de la tercera edad. Ser institucionalizados, representa un desprendimiento inmediato o abandono de parte de sus personas cercanas, dando lugar a la alta incidencia de trastornos mentales estrechamente vinculados con la vejez, como la depresión (Bazo, s/f). A pesar de ser un estudio enteramente cuantitativo, se apreciaba fácilmente que los adultos mayores que participaron en el estudio se consideraban una carga o estorbo para los demás, explicando así la razón por la cual creían que terminarían su vida estando institucionalizados. El hecho de vivir en el hogar para ancianos representaba para ellos, un abandono o desapego de parte de sus familiares; describieron que la manera en que pasaban el día era principalmente esperando que alguien les visitara, viéndose sumergidos en una rutina con pobre interacción interpersonal.

En esta investigación, primero se propuso determinar cuál era el nivel de depresión en un grupo de 24 adultos mayores que residen en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala, lo cual se llevó a cabo aplicando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, pues Kurlowicz y Greenberg (2007) afirman que es el mejor instrumento para detectar rasgos depresivos, habiendo sido probado y examinado exhaustivamente con poblaciones mayores a 60 años. La selección de la

muestra de estudio fue de tipo no probabilístico, pues se tomaron como referencia las observaciones de la psicóloga del hogar de ancianos, para que indicara en qué sujetos se apreciaban claramente síntomas depresivos. En los resultados obtenidos por los participantes en el estudio, se determinó que en promedio, tenían un nivel leve de manifestaciones depresivas.

Tanto a nivel nacional como internacional, son diversos los autores que han realizado estudios con el objetivo de estudiar los efectos terapéuticos de métodos alternativos, como la Musicoterapia, y el manejo de la depresión y la salud mental en general del adulto mayor. A continuación, se analizan los resultados obtenidos tras el estudio, contrastándolos con investigaciones previas y teoría.

En 2008, Palacios y Barrios llevaron a cabo un estudio cualitativo, cuyo objetivo era conocer la importancia de la Musicoterapia en el fortalecimiento de la autoestima del adulto mayor; concluyeron que el programa de Musicoterapia aplicado, logró mejorar la autoestima de los sujetos participantes, llegando a fortalecer sus relaciones interpersonales también, alcanzándose mediante la expresión de ideas, sentimientos y emociones a través de la música. La institucionalización o abandono de los ancianos da lugar a que surjan emociones negativas, entre las cuales se puede mencionar una baja autoestima, la cual eventualmente lleva a un aislamiento social y apatía, contando con un alto riesgo para establecerse como depresión u otros trastornos afectivos (Roche et al., 1998). En el caso de esta investigación, el programa de Musicoterapia aplicado al grupo experimental, demostró efectos similares, pues durante el desarrollo de las 14 sesiones programadas, el desenvolvimiento de los integrantes se iba notando progresivamente, manifestándose en una convivencia abierta, espontánea y amena;

también, se dio lugar a la expresión de sentimientos, opiniones y recuerdos que permitieron que se experimentara de forma armoniosa la efectividad terapéutica del programa, incentivando la comunicación y la resiliencia en los individuos.

Blanco (2012) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo principal era establecer la Musicoterapia como tratamiento psicoterapéutico válido en los trastornos depresivos en el Hospital de Día del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. De forma similar, en el Reino Unido, Erkkila et al. (2011), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la eficacia de la Musicoterapia añadida a un cuidado estándar para la depresión, comparándolo con un grupo únicamente expuesto al tratamiento estándar de la misma. Los autores de ambos estudios concluyeron que los participantes que formaron parte de los programas de Musicoterapia administrados junto a un tratamiento de antidepresivos, mostraron una mayor mejora comparada con los que únicamente recibieron tratamiento estándar. En el presente estudio, los resultados coincidieron, pues a pesar de solo haber contado con dos grupos, uno expuesto a Musicoterapia y el otro no; los adultos mayores que acudieron a las sesiones manifestaron cambios estadísticamente significativos en comparación con los resultados obtenidos antes de iniciado el programa de Musicoterapia, así como con los resultados obtenidos por los miembros del grupo control. El diseño de esta investigación no abordó los efectos de la terapia a través de la música acompañada de fármacos antidepresivos, pues se intentó evaluar la efectividad independiente de la Musicoterapia en el caso de no poder combinarla con dichos medicamentos en el ámbito geriátrico. Dicho lo anterior, se puede asumir que en caso de ser posible, la depresión puede ser tratada con

resultados significativamente mejores al combinarla con el programa diseñado y la administración adecuada de antidepresivos.

Guatemala ha sido un país donde también se han evaluado los efectos de otras técnicas alternativas con fines terapéuticos para el adulto mayor. Zarebski (2001) defiende la idea de que la depresión puede ser abordada simultáneamente con el fortalecimiento de la autoestima e incentivación de contacto con otras personas por medio de grupos, y que algunas posturas controversiales en torno al manejo farmacológico de la depresión, promueven la implementación de diversas técnicas alternativas para su tratamiento, las cuales recurran a dinámicas y desempeño de destrezas y discusiones verbales con contenido emocional. En el 2007, Molina llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era determinar si la terapia ocupacional podría reducir la depresión de adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos San Vicente de Paúl. Tras un programa de 15 sesiones, los resultados confirmaron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión que presentaban ambos grupos en el pretest y posttest. Dicho resultado difiere con lo obtenido en el presente estudio, pues se demostró que la Musicoterapia sí tuvo un efecto significativo en cuanto a la reducción del nivel de depresión, pues al momento del pretest, la media del grupo experimental era de 6.55, representando un nivel leve de depresión. Una vez concluidas las sesiones, el mismo grupo resultó con una media de 4.90, número que pertenece al rango de la normalidad o ausencia de manifestaciones depresivas significativas. El tamaño del efecto fue de 0.71 y siendo interpretado en referencia a la *d* de Cohen, fue un impacto moderado.

Bruscia (1999) formula un conjunto de técnicas de Musicoterapia, las cuales se enfocan en la restauración, manutención y mejoramiento de la salud física y mental, así como el entrenamiento de habilidades esenciales para la vida cotidiana, estrechamente vinculadas con la interacción social. Chimeno e Iparraguirre (2009) procuraron respaldar la efectividad de la Musicoterapia en una institución penitenciaria, decidiendo determinar cuáles eran las técnicas musicoterapéuticas que logran favorecer a la interacción grupal. En los resultados de dicho estudio, se confirmó que la técnica de canto en conjunto favoreció al desarrollo de las relaciones interpersonales de las mujeres participantes en el estudio. Elizondo (2012) refiere que la Musicoterapia se puede integrar versátilmente con tratamientos que aborden diversas psicopatologías, ya que favorecen el desarrollo intelectual y cognitivo, e incluso demora el curso de enfermedades como la depresión. En cuanto al presente estudio, a pesar de no haberse centrado en las técnicas utilizadas en sí, se observó una respuesta diferente, ya que las técnicas más efectivas para promover la interacción grupal eran las de facilitación, empatía y exploración emocional, ejecutándose como la sincronización por medio de instrumentos musicales como banda musical y la apreciación de canciones significativas para los participantes, pues incentivaba la discusión de recuerdos y emociones tras el escucharlas. Estas actividades o técnicas musicoterapéuticas, resultaban como un método efectivo para propiciar la comunicación afectiva, permitiendo que los sujetos expresaran y compartieran sus estados internos de forma amena, llevando a un estado de bienestar notable.

Maratos (2009) indica que la Musicoterapia ha sido un método utilizado de varias maneras para tratar la depresión, mediante la aplicación activa o receptiva de sujetos

que padecen dicha enfermedad. Los resultados estadísticamente significativos encontrados en esta investigación, concuerdan con los estudios revisados por Alba (2012), en cuanto a procedimientos que evidencian la eficacia de la Musicoterapia en la reducción de síntomas de depresión clínica, pues todos los estudios que la autora incluyó en su análisis descriptivo, revelaron efectos positivos en la reducción de los síntomas depresivos. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación probablemente hubiesen tenido un impacto aún más notorio en el caso de haber acompañado el programa de Musicoterapia con la administración de fármacos antidepresivos, pues los autores mencionados previamente, destacan la efectividad al combinar ambos procedimientos con personas deprimidas.

La Musicoterapia demostró ser una herramienta eficaz para el tratamiento de la depresión en adultos mayores, brindando un espacio de libre expresión e interacción social a los sujetos que participaron en esta investigación. El impacto significativo en el bienestar psicológico de los mismos puede dar lugar a que sea una técnica aplicada con más frecuencia e investigada para abordar otras enfermedades de forma práctica y efectiva.

## VI. CONCLUSIONES

- Tomando en cuenta los resultados obtenidos por parte de los participantes que hubo en el grupo experimental en contraste con el grupo control, se rechaza la hipótesis nula general, ya que se establece que la implementación de un programa Musicoterapia sí disminuye el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos que se encuentran institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala.
- No existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza en el nivel de depresión entre el grupo control y el grupo experimental antes de haber aplicado el programa de Musicoterapia. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula 1.
- Una vez aplicado el programa de Musicoterapia al grupo experimental, se establece que sí existe una diferencia estadísticamente a un nivel de 0.05 de confianza respecto al nivel de depresión del pretest y posttest, que presenta el grupo experimental de adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula 2.
- No existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión del pretest y posttest que presenta

el grupo control de adultos mayores que participaron en el programa de Musicoterapia. Se acepta la hipótesis nula 3.

- Al comparar los datos obtenidos en cuanto al pretest y postest para ambos, grupo experimental y grupo control, se establece que existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 de confianza con respecto al nivel de depresión de los sujetos que participaron en el estudio, con un tamaño de efecto moderado. Se rechaza la hipótesis nula 4.
- En la aplicación del pretest, de los 22 sujetos incluidos en el estudio, 4 indicaron un nivel normal, el cual indica la ausencia de manifestaciones significativas de depresión, 14 resultaron con un nivel leve de depresión, siendo el más frecuente en la muestra y 4 obtuvieron como resultado un nivel moderado de depresión y ninguno tuvo nivel “severo” de la misma.
- Una vez terminadas las 14 sesiones del programa de Musicoterapia, los resultados en la segunda aplicación de la Escala de Depresión de Yesavage mostró resultados distintos; éstos se explican en base a los rangos de nivel y no a las puntuaciones netas. En el grupo experimental, el nivel de depresión de 7 sujetos bajó, 3 mantuvieron el mismo nivel y uno aumentó.



## **VII. RECOMENDACIONES**

**A los adultos mayores que viven en la institución que formó parte en el estudio se les sugiere:**

- Aprovechar las oportunidades que tienen para formar parte de actividades recreativas y terapéuticas que diversos grupos llevan al hogar, pues son un medio efectivo y agradable para desenvolverse socialmente y evitar caer en una rutina que incremente su nivel de depresión.
- Reconocer el derecho que tienen para expresar sus sentimientos y emociones con las personas que conviven día a día. Es importante exteriorizar aspectos positivos y negativos con el fin de mantener un bienestar psicológico.

**A las autoridades, psicólogos y personal del hogar de ancianos de este estudio y a instituciones similares se les recomienda:**

- Brindar a los ancianos, recursos y materiales necesarios para la expresión y apreciación musical, tales como instrumentos, canciones, actividades y talleres, con el fin de estimular su creatividad y productividad, logrando así expresar sus emociones y sentimientos de forma artística e interactuar con los demás.
- Determinar cuáles son los factores ambientales y personales que pueden generar depresión o aumentar el riesgo de padecerla por parte de los ancianos, para así abordar de forma preventiva la incidencia de trastornos depresivos en los residentes.

- Buscar el apoyo de instituciones gubernamentales o no gubernamentales para contar con insumos y administrarlos de forma adecuada a los ancianos que lo requieran.
- Proveer a una persona capacitada para la implementación de actividades con un enfoque musicoterapéutico y demás técnicas alternativas para el tratamiento de la depresión y otras psicopatologías frecuentes en la ancianidad.
- Dar continuidad a las actividades del programa de Musicoterapia aplicado de manera constante a los adultos mayores, con el fin de lograr mantener la mejoría en cuanto a la sintomatología de éstos.
- Brindar un proceso terapéutico consistente a los adultos mayores que lo requieran o busquen, combinándolo con las actividades interactivas y recreacionales que ya disponen en la institución.
- No pasar por alto los síntomas característicos de la depresión que puedan presentar los ancianos, ni confundirlos con otros padecimientos de origen endógeno, para detectar indicadores tempranos de dicha enfermedad, pudiendo ser abordados de forma preventiva.

**A futuros investigadores se les recomienda:**

- Continuar realizando estudios sobre técnicas y métodos innovadores para el manejo de enfermedades en poblaciones vulnerables, como en el caso de la Musicoterapia y los adultos mayores, ya que Guatemala es un país que requiere de estrategias eficientes y prácticas para promover la salud mental.
- En el caso de la depresión, investigar más a fondo los efectos y beneficios al combinar técnicas alternativas y la administración apropiada de psicofármacos, y

comprobar si se pueden obtener mejores resultados que sólo con una de ambas formas.

- Considerar un enfoque cualitativo para investigaciones enfocadas en abordar con mayor profundidad, el cómo los adultos mayores afrontan su ancianidad y de qué manera se puede mejorar dicha transición.
- Realizar estudios que comprueben la versatilidad de la Musicoterapia para abordar no sólo la depresión, sino otras afecciones psicológicas y físicas, y no necesariamente en contextos parecidos al de este estudio.

## VIII. REFERENCIAS

- Alba, M. (2012). *La Depresión y la Música: Estudios que demuestran su efectividad como tratamiento* (Tesis de licenciatura inédita). Instituto Superior de Estudios Psicológicos. España.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*. 6 (11), 1-6. Recuperado de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Albrecht, A. y Herrick, C., (2007). *100 Preguntas y Respuestas sobre la Depresión*. Madrid: EDAF, S. L.
- Alva, R. (2008). *Diseño de notas de laboratorio. La bitácora*. Scienceducation. México. Recuperado de: <http://www.galeon.com/scienceducation/bitacora.html>
- American Psychological Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2014a). *Centro de Apoyo. La tercera edad y la depresión*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- American Psychological Association. (2014b). *Depression and How Psychotherapy and Other Treatments Can Help People Recover*. Recuperado de: <http://www.apa.org/topics/depress/recover.aspx>

American Psychological Association. (2014c). *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Recuperado de: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-depression.aspx>

Andrea, V. (5 de Junio de 2011) El Adulto Mayor: Vejez e Institucionalización. *Adulto*

*Mayor institucionalizado*. Recuperado de:

<http://adultomayorinstitucionalizado.blogspot.com/>

Bazo, M. (s/f). *Institucionalización de Personas Ancianas: Un Reto Sociológico*.

España, Universidad del País Vasco: Autor. Recuperado de:

[dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/758587.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/758587.pdf)

Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia – De la teoría a la práctica*. Barcelona: Editorial

Paidós.

Benjumea, B. (2000). *Sonidos que curan*. Barcelona: Ediciones Amarú.

Betés, M. (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Recuperado de: [http://books.google.com.gt/books?id=V-](http://books.google.com.gt/books?id=V-HTrxtlUYC&printsec=frontcover&dq=musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=C6wKU-rYMKmqyAHMyYCgDg&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q=musicoterapia&f=fals)

[HTrxtlUYC&printsec=frontcover&dq=musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=C6wKU-](http://books.google.com.gt/books?id=V-HTrxtlUYC&printsec=frontcover&dq=musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=C6wKU-rYMKmqyAHMyYCgDg&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q=musicoterapia&f=fals)

[rYMKmqyAHMyYCgDg&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q=musicoterapia](http://books.google.com.gt/books?id=V-HTrxtlUYC&printsec=frontcover&dq=musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=C6wKU-rYMKmqyAHMyYCgDg&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q=musicoterapia&f=fals)

[&f=fals](http://books.google.com.gt/books?id=V-HTrxtlUYC&printsec=frontcover&dq=musicoterapia&hl=es&sa=X&ei=C6wKU-rYMKmqyAHMyYCgDg&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q=musicoterapia&f=fals)

Blanco, J. (2012). *Musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión* (Tesis

de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Bruscia, K. (1998). *Definiendo Musicoterapia*. Barcelona: Publishers. Recuperado de:

[http://books.google.com.gt/books?id=dV6eNpqU91oC&pg=PT148&hl=es&source=gsbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=dV6eNpqU91oC&pg=PT148&hl=es&source=gsbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. España: Producciones Agruparte.

Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia, Métodos y Prácticas*. México: PAX México.

Canet, C. (2005) *La Tercera Edad*. Canadá: Trattford Publishing. Recuperado de:  
[http://books.google.com.gt/books?id=NkPYi74fzP0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gsbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=NkPYi74fzP0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gsbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Castañedo, C. y Sarabia, C. (2014) *Enfermería en el Envejecimiento*. España: Universidad de Cantabria.

Castro, E. (2007). *Eficacia del Programa Egomusi-k de Musicoterapia en el mejoramiento del nivel de autoestima en pacientes adultos con Síndrome de Down de la Fundación Margarita Tejada* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Centro de Humanización de la Salud. (2008). *Manual para la humanización de los gerocultores y auxiliares geriátricos*. Barcelona: Cáritas Española. Recuperado

de:  
<http://books.google.com.gt/books?id=711qde86vYQC&pg=PA214&dq=ancian>

o+institucionalizado&hl=es&sa=X&ei=sbQoU\_qlCITqkQemgoG4Dw&ved=0CEoQ6AEwBw#v=onepage&q=anciano%20institucionalizado&f=false

Chimeno, A. e Iparraguirre, S. (2009). *Musicoterapia en cárceles: La Aplicación de la técnica canto conjunto en el desarrollo de las relaciones interpersonales* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad del Salvador, El Salvador.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2002). *Manual sobre Indicadores de calidad de vida en la vejez*. Chile: Autor.

De Gastón, M. (1979). *Educación Musical*. Buenos Aires: Sainte Claire.

De Oliveira, C., Veiga, P., Salgado, C., Cabral, M., Lanusse, F., Catalayud, M., Alves, D., de Souza, T. y Kunz, W. (2009). El Efecto de la Musicoterapia en la calidad de vida y en la presión arterial del paciente hipertenso. *Sociedad Brasileira de Cardiología*, 95 (5). 534-540.

Del Campo, P., (1997). *La Música como proceso*. Barcelona: Ediciones Amarú.

Díaz, J. (2010). Música, lenguaje y emoción: una aproximación cerebral. *Revista Salud Mental*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México., 33 (6), 543-551. Recuperado de: <http://rerdalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58219792009>

Diéguez, A., y De los Reyes, M. (1999). *Institucionalización del Anciano y Cuidadores Familiares*. XVI Congreso Argentino de Logoterapia. Facultad de

Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata: Argentina.  
Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000212.pdf>

Denis, E. y Casari, L. (2014). La Musicoterapia y las emociones en el adulto mayor.  
*Revista Diálogos*, 4 (2), 77-82.

Elizondo, C. (2012). *Musicoterapia aplicada a personas con la enfermedad de Alzheimer, en estado de Ansiedad, Depresión y Agitación: Revisión de estudios actuales* (Tesis de licenciatura inédita). Instituto Superior de Estudios Psicológicos. España.

Erkkila, J. y Punkanen, M., Phil, L., Fachner, J. y Ala-Ruona, E. (2011).  
Musicoterapia Individual para la Depresión: Prueba controlada aleatoria.  
*British Journal of Psychiatry*, 011 (199), 132-139.

Facultad de Ingeniería de la Universidad San Carlos de Guatemala (FIUSAC).  
(2011). *Cursos del Área: Diseños Experimentales*. Recuperado de:  
[http://destadistica.ingenieria.usac.edu.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51&Itemid=69](http://destadistica.ingenieria.usac.edu.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=69)

Fandiño, D. (2011). *Gerontología: Un modelo de intervención social*. Costa Rica:  
Universidad de Costa Rica. Recuperado de:  
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000143.pdf>

Fregtman, C. (1989). *Corpo, Música e Terapia*. Sao Paulo: Cultrix.



- García, J. (2006) *Los Derechos y los Años: Otro modo de pensar en Latinoamérica – Los Adultos Mayores*. México: Plaza y Valdez. Recuperado de: <http://books.google.com.gt/books?id=LbfAP1Zu1rMC&pg=PA236&dq=definicion+adulto+mayor&hl=es-419&sa=X&ei=uakCU9evK5CjkQevtoGwAg&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>
- Golub, G. (s/f). *¿Qué es la Danzaterapia?* Argentina: Escuela Internacional de Danzaterapia Transpersonal. Recuperado de: <http://www.concienciasenred.com/danzaterapia/id22.html>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). México: McGraw Hill.
- Kepfer, C. (2002, Octubre 6). Ancianos sin pensiones. *Prensa Libre*. Recuperado de: [http://www.prensalibre.com/noticias/Ancianos-pensiones\\_0\\_58795391.html](http://www.prensalibre.com/noticias/Ancianos-pensiones_0_58795391.html)
- Kurlowicz, L. y Greenberg, A. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS por sus siglas en inglés). *Try this: Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores*, 4 Recuperado el 8 de Octubre de 2014 de: [http://consultgerirn.org/uploads/File/try\\_this\\_4\\_rev\\_span2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf)
- Manchado, M. (2005). Hacer Música, Una Herramienta Para La Escucha Terapéutica: Musicoterapia Gestáltica, en Gestalt, Teoría y Técnica. *Revista de Terapia Gestalt*, 1 (25), 130-133.

Maratos, A., Gold, C., Wang, X. y Crawford, M. (2009). *Musicoterapia para la Depresión*. Recuperado de: <http://summaries.cochrane.org/es/CD004517/musicoterapia-para-la-depresion>

Mecohisa. (2011). *Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales*. Madrid: McGraw-Hill. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

Mercadal, M. y Augé, M. (2008). *Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Prayma, L. Técnicos, S.L.

Molina, S. (2007). *Terapia Ocupacional para disminuir el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados deprimidos* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Montilla, R. (2009). *Viviendo la tercera edad: Un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento*. Barcelona: Editorial Clie.

National Institute of Mental Health. (2014). *Personas Mayores y la Depresión*. Estados Unidos: Autor. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/spanish-older-adults-and-depression.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Centro de Prensa: La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Temas de Salud: Envejecimiento*.  
Recuperado de: <http://www.who.int/topics/ageing/>

Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Temas de Salud. La Depresión*.  
Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Orquesta Sinfónica Nacional de Costa Rica. (2014). *Sección Educativa: Elementos de la Música*. Costa Rica: Gobierno de Costa Rica. Recuperado de:  
<http://www.osn.go.cr/elementos-de-la-musica.html>

Palacios, S. y Barrios, K. (2008). *Importancia de la Musicoterapia en el fortalecimiento de la autoestima del adulto mayor que vive en el Hogar de Ancianas "Juan Pablo II"* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Palacios, J. (2001). El concepto de la Musicoterapia a través de la historia. *Revista interuniversitaria de formación de profesorado*, 5 (13). Recuperado de:  
<http://musica.rediris.es/leeme/revista/palacios04.pdf>

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. (11ª Edición). México: McGraw-Hill Interamericana.

Pérez, R., Galán, A. y Quintanal, J. (2012). *Métodos y diseños de investigación en educación*. España: UNED.

Poch, S. (1998). *Compendio de Musicoterapia. Volumen I*. Barcelona: Herder.

Pogoriles, F. (2005). ¿Qué es la Musicoterapia? Entrevista a Lic. Gabriel Federico. *Revista Cómo Estar Bien*. Buenos Aires, Recuperado de: <http://www.gabrielfederico.com/articulos/2005ComoEstarBien.pdf>

Polonio, B. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*. Madrid: Panamericana. Recuperado de: <http://books.google.es/books?id=W8CN0MZGK0sC&printsec=frontcover&dq=terapia+ocupacional&hl=es&sa=X&ei=8q84U4PtNizG0AGj4IFo&ved=0CDoQ6AEwAQ#v=onepage&q=terapia%20ocupacional&f=false>

Pont, P. (2001). *Tercera Edad: Actividad Física y Salud*. Barcelona: Paidotribo. Recuperado de: <http://books.google.com.gt/books?id=f7HD9RQ8u9IC&printsec=frontcover&dq=pont+tercera+edad&hl=es&sa=X&ei=MEwWU-XzAszMkQfhnYCYBA&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=pont%20tercera%20edad&f=false>

Preciado, S., Covarrubias, E. y Arias, M. (2011). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde trabajo social*. Estados Unidos: Palibrio. Recuperado de: [http://books.google.com.gt/books?id=XIzM2myqUXAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=XIzM2myqUXAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Procuraduría de los Derechos Humanos. (2004). *Informe sobre situación del adulto mayor en Guatemala*. Guatemala: Autor.

PRONAM. (2003). *Manual de Sensibilización para el cambio de valorización y trato hacia el Adulto Mayor*. Guatemala: Autor.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. (22ª edición). Madrid, España: Autor.

Roche, A., Fera, F. y Caballero, C. (1998). *PAC Psiquiatría*. Ciudad de México: Intersistemas, S.A. de C.V.

“Rolando Benenzon: ‘La Musicoterapia no cura, pero mejora la calidad de vida’”. (2013, 2 de Junio). *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/06/02/valencia/1370186491.html>

Rowe, D. (1998). *La Depresión. El camino de salida del túnel*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Recuperado de: [http://books.google.com.gt/books?id=z5bs6h77N\\_wC&printsec=frontcover&q=depresi%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=zaUKU5i3H87LsQSntoDYBQ&ved=0CDkQ6AEwAzgK#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=z5bs6h77N_wC&printsec=frontcover&q=depresi%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=zaUKU5i3H87LsQSntoDYBQ&ved=0CDkQ6AEwAzgK#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false)

Sabbatella, P. (2004). Musicoterapia en Latinoamérica: Reseña del Primer Congreso Internacional de Verano: Desarrollos en Musicoterapia. *Music Therapy Today*, 5 (3). Recuperado de: <http://musictherapyworld.net>

Salguero, K. (2010). *Terapia de Arte para Reducir la Depresión en Ancianos Deprimidos que se encuentran institucionalizados* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

San Molina, L. y Arranz, B., (2011). *Comprender la Depresión*. Barcelona: Editorial AMAT, S. L.

Sánchez, S. (2009). *Arte y Terapia: ¿Qué es la arteterapia?* Recuperado de: <http://arteyterapia.wordpress.com/%C2%BFque-es-la-arteterapia/>

Sandoval, M. (21 de Junio de 2009). Guatemala, un país para deprimirse. *El Periódico*. Recuperado el 28 de Enero de 2014 de: <http://www.elperiodico.com.gt/es/20090621/domingo/104436>

Sentís, J. (2003). *Manual de Bioestadística. Manual (Masson)*. España: Elsevier. Recuperado de: [http://books.google.com.gt/books?id=B5b-LyMrpoQC&pg=PA33&dq=medidas+de+tendencia+central&hl=es&sa=X&ei=knFdVMCuE8SgNrXTgtAD&redir\\_esc=y#v=onepage&q=medidas%20de%20tendencia%20central&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=B5b-LyMrpoQC&pg=PA33&dq=medidas+de+tendencia+central&hl=es&sa=X&ei=knFdVMCuE8SgNrXTgtAD&redir_esc=y#v=onepage&q=medidas%20de%20tendencia%20central&f=false)

Serrano, P. (21 de Febrero de 2007). *Terapias de arte: Definición de Arte Terapia*. Recuperado de: <http://terapiasdearte.blogspot.com/2007/02/definicin-de-arte-terapia.html>

Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter versión. *Clinical Gerontology: A Guide to Assesment and Intervention*, 165-173.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2014). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. *Tratado de Geriátría para Residentes*. España: Autor.

Tomás-Sábado, J. (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Volumen 2 de Trivium Infermería*. España. Universidad Autónoma de Barcelona: Autor. Recuperado de: [http://books.google.com.gt/books?id=MHgap8IN124C&pg=PA89&lpg=PA89&dq=tom%C3%A1s-s%C3%A1bado+t+de+student&source=bl&ots=yI5UYt5\\_iW&sig=nSXB1M69UuJSYf76hPXqWOCMGI&hl=es&sa=X&ei=UTdqVLD2K4qnNrxagpgH&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=MHgap8IN124C&pg=PA89&lpg=PA89&dq=tom%C3%A1s-s%C3%A1bado+t+de+student&source=bl&ots=yI5UYt5_iW&sig=nSXB1M69UuJSYf76hPXqWOCMGI&hl=es&sa=X&ei=UTdqVLD2K4qnNrxagpgH&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

Trivillin, S. (2013). *Música ¿De qué estamos hablando?* Buenos Aires: Editorial Dunken. Recuperado de: <http://books.google.com.gt/books?id=bQguAgAAQBAJ&pg=PA19&dq=musica+%C2%BFde+que+estamos+hablando?&hl=es&sa=X&ei=XSUEU-qCD-XEyQGutoCoBA&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=musica%20%C2%BFde%20q>

Villalobos, R. (2012). D reportaje especial: Más allá del otoño. *Revista D, Semanario de Prensa Libre*, 418. Recuperado el 8 de Octubre de 2014 de: <http://especiales.prensalibre.com/revistad/2012/07/29/reportajecentral.shtml>

Villaseñor, G. (2002). La música: un factor de evolución social y humana. Incidencias de la música en los procesos cerebrales. *Red Científica*. Revista digital. Recuperado de: <http://www.redcientifica.com/doc/doc200209150300.html>

Walss, A. (2013). Arteterapia y Danzaterapia. *Emoción Arte. Artes expresivas y arte terapéutico*. Recuperado de:

<http://emocionartetaller.blogspot.com/2013/11/arteterapia-y-danzaterapia.html>

Xon, S. (2010). *Musicoterapia como herramienta para afrontar la ansiedad (estudio realizado en aldeas infantiles S.O.S. Quetzaltenango)* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango. Quetzaltenango, Guatemala.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Zarebski, G. (2001). *Viejos nuevos, nuevos viejos*. Buenos Aires: Editorial Tekné.



## **IX. ANEXOS**

## 9.1 Programa de Musicoterapia

- **Datos Generales:**

**Autor:** Danilo González.

**Lugar:** Hogar de ancianos privado ubicado en la zona 5 de la Ciudad de Guatemala.

**Fecha:** Se llevará a cabo en los meses de Agosto y Septiembre de 2014.

- **Descripción del programa:**

Este programa de Musicoterapia consiste en 14 sesiones de 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, desarrollen un buen Autoconcepto y así reducir niveles de Depresión.

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.

- **Objetivo:**

Desarrollar actividades y técnicas de Musicoterapia con un grupo de 12 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.

- **Materiales y Recursos:**

Equipos de sonido portables, computadora, pizarra, auriculares, instrumentos musicales (campanas, triángulos, flautas, teclado, guitarra, teclado, ukelele, maracas, chinchines, baquetas, tambores, entre otros), hojas de papel bond y arcoíris, almohadas, fotografías, pinturas de dedos, pinceles, crayones, hojas de papel de 80 y 120 gramos, plastilina, marcadores, pelotas, disfraces, lana, caramelos, premios.

- **Descripción del lugar:**

El asilo de adultos mayores que se designará para el estudio y aplicación del programa de Musicoterapia debe ser una institución privada, ubicada en la zona metropolitana de la Ciudad de Guatemala. 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 cuidadores para atender necesidades de los participantes, con acceso rápido al agua y sanitarios. Debe contar 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 estará limpio y ordenado previo a las sesiones.

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Actividades</i>	<i>Materiales</i>
1	¿Cuál es tu gusto musical?	<ul style="list-style-type: none"> <li>De forma individual, todos los participantes responderán verbalmente un breve cuestionario el cual dará una perspectiva clara ante el gusto musical de cada uno, para posteriormente usar composiciones sugeridas por los miembros a lo largo del programa.</li> <li>En grupo, todos entablarán una discusión sobre el gusto musical de cada uno, expresando memorias y recuerdos que asocien a las respectivas canciones y artistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelota para el debate</li> <li>Bocinas</li> <li>Computadora</li> </ul>
2	¿A qué te recuerda esta canción?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haciendo uso de las respuestas obtenidas en el cuestionario realizado la sesión pasada, se escogerán canciones populares, las cuales se emplearán para incentivar una meditación y reflexión de los participantes.</li> <li>Se dará opción a que interpreten o canten las canciones en caso de quererlo hacer, motivándolos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bocinas</li> <li>Computadora</li> <li>Incienso</li> </ul>

		durante la apreciación de las canciones.	
3	Manipulación de instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo dividido en dos (6 integrantes por subgrupo), comienzan a hacer uso de instrumentos de percusión escogidos libremente como chinchines, triángulo, baquetas, cascabeles, tambores, etc.; cada participante creará individualmente y en conjunto situaciones sonoras en las que se manifiesten estados emocionales familiares: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Miedo</li> <li>○ Vergüenza</li> <li>○ Alegría</li> <li>○ Tristeza</li> <li>○ Enojo</li> <li>○ Sorpresa</li> </ul> </li> <li>• Posteriormente, haciendo mímica, se hará uso de todos los participantes para elaborar una dramatización de cuando sienten dichas emociones involucrándose sonoramente en la trama, mediante el uso de fichas que tengan el nombre de cada emoción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Instrumentos de percusión: cascabeles, triángulo, tambores, baquetas, claves, chinchines, etc.</li> <li>• Fichas de papel con emociones escritas en ellas</li> </ul>
4	Expresión y Danza con pañuelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar cómo los participantes pueden expresar sus estados emocionales a través de objetos intermediarios. Se hará uso de un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Pañuelos grandes.</li> </ul>

		<p>pañuelo grande con todo el grupo, en el cual sentados o parados en círculo, se pasará entre cada integrante para representar cómo los hace sentir la canción que suena y no usar palabras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez completada la ronda, cada integrante procurará verbalizar sus sentimientos con los demás.</li> </ul>	
5	Canto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se escogerá una canción popular que los integrantes puedan cantar haciendo uso de ritmos básicos creados por el terapeuta. Todos los participantes cantarán partes y estrofas de la canción.</li> <li>• Posteriormente, haciendo uso del ritmo establecido, improvisarán bordones y versos con diferentes sílabas y armonizarán al mismo tiempo. El terapeuta se debe involucrar activamente en la actividad para motivar a los participantes y reducir la resistencia de los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Instrumentos varios como Ukelele, tambores, flautas, chinchines, cascabeles, silbatos, harmónicas, güiro, entre otros.</li> <li>• Pistas de audio</li> </ul>
6	Viaje Imaginario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haciendo uso de técnicas de relajación y fantasía guiada, junto a técnicas de respiración guiadas por el terapeuta, se inducirá a los participantes en un estado de relajación profundo y prolongado. El terapeuta va narrando la fantasía y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Incienso</li> <li>• Ventiladores</li> <li>• Computadora</li> <li>• Pistas de audio de sonidos de la</li> </ul>

		<p>describiendo el lugar (la playa, el bosque, el campo, etc.) reproducirá ciertas piezas musicales acorde a lo que se desarrolla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez concluida la relajación guiada, lentamente detener la técnica para posteriormente elaborar un debate sobre cómo se sienten los participantes, comparando sus opiniones y educarlos para poder replicar la actividad en el hogar de ancianos. Se proporciona material auditivo para lograrlo.</li> </ul>	naturaleza
7	Garabatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entrega una hoja de doble carta 120 gramos a cada participante y se les pedirá que cierren sus ojos sosteniendo crayones, marcadores, pinturas y lápices con las manos.</li> <li>• Manteniendo los ojos cerrados y los lápices y pinturas sobre la hoja, se les solicitará que dibujen, rayen y escriban sin ver, al ritmo de lo que escuchan.</li> <li>• Una vez terminada la canción, se les pedirá que interpreten qué creen observar en la hoja, identificando figuras para después repasarlas y adornarlas.</li> <li>• La actividad luego se repetirá con una canción que transmita una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 hojas 120 gramos doble carta</li> <li>• Marcadores</li> <li>• Pinturas</li> <li>• Crayones</li> <li>• Bocinas</li> <li>• Pistas de audio</li> </ul>



		<p>emoción contrastante a la primera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sesión finaliza después de que todos los participantes hayan expuesto su trabajo al grupo y expliquen cómo se sienten respecto a éste, promoviendo la felicitación y aplausos de parte de todos los ancianos.</li> </ul>	
8	Improvisación en juego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usando una pelota u otro objeto fácil de agarrar, los participantes se formarán en círculo junto al terapeuta.</li> <li>• La dinámica comienza al improvisar una historia tipo cuento de forma cantada. Es la persona que sostiene el objeto la que debe de cantar en ese momento, para después pasarla a alguien más para que le dé continuidad de la misma manera y así sucesivamente.</li> <li>• Durante el desarrollo de toda la actividad, el terapeuta guiará movimientos corporales simples para que los demás repliquen simultáneamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelota de plástico</li> <li>• Bocina</li> <li>• Premios</li> <li>• Sillas</li> </ul>
9	Declamación de poemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al inicio de la sesión se hará entrega de lápiz y papel a cada participante, motivándolos a escribir un poema o canción en la que expresen cómo se sienten ese día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápices, bolígrafos y marcadores.</li> <li>• Hojas de papel</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El terapeuta debe procurar la participación de todos.</li> <li>• Una vez transcurridos 20 minutos, de forma sorteada o voluntaria, se declamarán las composiciones creadas por los miembros del grupo acompañados de música realizada por el terapeuta y el resto de participantes.</li> </ul>	<p>con líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos variados</li> <li>• Computadora</li> <li>• Bocinas</li> </ul>
10	Eco, sincronización y exageración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para dicha actividad, se necesita tener instrumentos repetidos y disfraces. El terapeuta debe de intentar reproducir e imitar lo que cada adulto mayor elabora, sonora, corporal y emocionalmente, incitando la empatía y el diálogo en el grupo, preferiblemente es la voz el instrumento a usar en la dinámica.</li> <li>• Posteriormente, todos los demás participantes deben de replicar a la misma persona, con movimientos corporales como danza, expresiones faciales y canto.</li> <li>• Cada persona que se resista a imitar e involucrarse en la actividad, de forma amigable tendrá la penitencia de portar un disfráz.</li> <li>• Una vez sumergidos en la dinámica, los participantes deben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos musicales varios</li> <li>• Bocinas</li> <li>• Disfraces (pelucas, gorros, lentes, collares, pañuelos,</li> </ul>

		<p>de tocar sus instrumentos y cantar deliberadamente hasta hacer mucho ruido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De último, ya tranquilamente se discutirá cómo se sintieron en cada una de las tres fases, procurando identificar similitudes entre sí.</li> </ul>	
11	Repitiendo y modelando.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para dicha sesión el terapeuta cuenta con una serie de coreografías simples, las cuales son establecidas previamente.</li> <li>• Cada una corresponde al coro de una determinada melodía, las cuales se demuestran al conjunto de participantes.</li> <li>• Posteriormente, se indica a los mismos, que repetirán dicha dinámica imitando la coreografía del terapeuta.</li> <li>• Dichas composiciones serán reproducidas de forma aleatoria, continua o intermitente.</li> <li>• A lo largo de dicha sesión se observará el comportamiento e interacción de los integrantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Computadora</li> <li>• Caramelos sin azúcar.</li> </ul>
12	Modulando e interviniendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dicha actividad se organizará a los participantes en parejas por afinidad.</li> <li>• Se procederá a reproducir melodías que coincidan con las preferencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Computadora</li> <li>• Disfraces</li> <li>• Instrumentos musicales</li> </ul>

		<p>musicales más frecuentes del grupo y se indicará que acompañen la música con un baile según sus preferencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al ir avanzando en la actividad se modificará la métrica y tonalidad de dicha melodía, permitiendo al terapeuta intervenir a manera de interrumpir dinámicamente el baile al momento, a manera de redireccionar fijaciones, perseverancias o estereotipos previos en el grupo.</li> <li>• Ejemplo: introduciendo elementos del baile moderno, reorganizando parejas de formas no esperadas hombre-hombre, mujer-mujer, grupo de baile, terapeuta-Integrante, colocar sombreros, lentes de sol, collares, panderetas, entre otras.</li> </ul>	diversos
13	Contrastando y pausando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dicha sesión se establecerá melodías previamente que correspondan a emociones determinadas (alegría, tristeza, miedo, entre otras). Las cuáles serán reproducidas a manera de que los integrantes improvisen emociones opuestas a las percibidas, haciendo descansos en diferentes momentos significativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocinas</li> <li>• Computadora</li> <li>• Sillas</li> </ul>

		<p>durante la improvisación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las reacciones opuestas luego serán ejemplificadas con el terapeuta, mientras éste repasa con cada integrante que haya comprendido la diferencia entre las emociones.</li> </ul>	
14	<p>Ensayando y ejecutando “Concurso de baile” Clausura y entrega de reconocimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Previo al inicio de la actividad, se solicitará a los participantes su agrupación en grupos de 6 integrantes.</li> <li>Se les explicará que la modalidad de la actividad consistirá en un “concurso de baile y canto” para el cual deberán formular una coreografía grupal para una única melodía previamente establecida.</li> <li>Se les brindará tiempo suficiente para un ensayo breve de la misma a manera de ponerse de acuerdo.</li> <li>Posteriormente se preparará una especie de escenario para la demostración de la misma por grupos.</li> <li>Antes de concluir, si se dispone de tiempo suficiente, se desarrollará la actividad elegida por los ancianos como su favorita, por lo cual es importante contar con todos los materiales posibles para llevarlas a cabo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sillas</li> <li>Globos y demás elementos decorativos</li> <li>Instrumentos musicales</li> <li>Incienso</li> <li>Computadora</li> <li>Bocinas</li> <li>Reconocimientos impresos para el total de los participantes</li> <li>Refacción</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después se agradecerá la participación brindando un espacio para que manifiesten sus pensamientos y opiniones con respecto a la actividad, por último se procederá a la premiación del total de los participantes mediante la entrega de un reconocimiento.</li> <li>• En caso de ser posible, proporcionar una refacción a los participantes, representando la celebración al haber concluido con las actividades.</li> </ul>	
--	--	---	--

### 9.1.1 Referencias bibliográficas:

Bruscia, K. (1998). *Definiendo Musicoterapia*. Barcelona: Publishers.

Recuperado de:

[http://books.google.com.gt/books?id=dV6eNpqU91oC&pg=PT148&hl=es&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=dV6eNpqU91oC&pg=PT148&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. España:

Producciones Agruparte.

Chichón, M., Lacárcel, J., Lago, P., Melguizo, F., Ortiz, T. y Sabbatella, P.

(1999). *Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia II*. Madrid:

Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de:

[https://www.academia.edu/737582/Metodologia\\_General\\_y\\_Tecnicas\\_de\\_Trabajo\\_en\\_Musicoterapia](https://www.academia.edu/737582/Metodologia_General_y_Tecnicas_de_Trabajo_en_Musicoterapia)

Fernández, M., García, M., Guzmán, I., Rico, J. y Ventura., S. (2004). *Musicoterapia*. Toledo: Escuela Universitaria de Magisterio (UCLM).  
Recuperado de:  
<http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/AlumnosEE/Musicoterapia2.doc%E2%80%8E>

## **9.2 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

### 9.2.1 Ficha Técnica

**Nombre:** Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS).

**Autores:** Sheikh, J. y Yesavage, J.

**Año de publicación:** 1986.

**Administración:** Grupal o individual, autoasistida o guiada.

**Duración:** De 5 a 7 minutos.

**Aplicación:** Adultos mayores de ambos sexos, con buena salud, con enfermedad médica, con deterioro cognitivo de leve a moderado. Aplicable en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

**Significación:** Medida del nivel de depresión a través de 15 preguntas vinculadas a síntomas característicos.

**Material:** Hoja de respuestas, plantilla de corrección y bolígrafo.



### 9.2.2 Formato de Escala de Depresión Geriátrica

Código: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ingresado hace: \_\_\_\_\_

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida? SI NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? SI NO
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? SI NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? SI NO
6. ¿Teme que algo malo le pase? SI NO
7. ¿Se siente feliz a menudo? SI NO
8. ¿Se siente con frecuencia abandonado? SI NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? SI NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?  
SI NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? SI NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? SI NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía? SI NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada? SI NO
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? SI NO

#### Test de Yesavage

**RESULTADO:** \_\_\_\_\_

### 9.3 Lista de asistencia

Sujetos	Sesión n 1	Sesión n 2	Sesión n 3	Sesión n 4	Sesión n 5	Sesión n 6	Sesión n 7	Sesión n 8	Sesión n 9	Sesión n 10	Sesión n 11	Sesión n 12	Sesión n 13	Sesión n 14
1	/	/	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	NA	NA	A	A	A	NA	A	A	A	A	A	NA	A	A
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	/
4	/	A	NA	A	/	A	A	A	/	/	A	NA	A	A
5	NA	A	A	A	A	NA	A	A	A	A	A	A	A	A
6	NA	/	A	/	A	NA	A	/	A	A	A	A	A	A
7	A	/	NA	NA	A	NA	A	A	/	A	NA	NA	A	/
8	A	A	A	A	A	/	A	A	A	A	A	A	A	A
9	A	A	A	/	A	A	A	A	A	A	A	NA	A	A
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	NA	A	A	A	/	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	/	A	NA	NA

- A = Asistió
- / = asistió tarde o abandonó la sesión temprano
- NA = No asistió