



Universidad del Azuay
Facultad De Filosofía, Letras y
Ciencias De La Educación

Escuela De Psicología Clínica

***“Programa de Musicoterapia Grupal para Mejorar el
Estado Emocional en Pacientes de la Tercera Edad
que Presentan Depresión Moderada”***

ESTUDIO REALIZADO EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA TERCERA EDAD DEL
IESS DE CUENCA

**Tesis de graduación previa a la obtención del *título de*
*Psicólogo Clínico***

Autor:
Diego Lazo González

Directora:
Mst. Eva Peña Contreras

Cuenca – Ecuador
2013

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico con todo mi cariño a mis padres por ese apoyo inmenso e incondicional que me han sabido brindar a lo largo de toda mi vida y ahora a quienes también les debo el poderme realizar como Psicólogo Clínico.

A la vez quiero dedicar la presente al ser más importante de mi vida, mi hijo" Pedro Sebastián" quien ha sido mi fuerza, orgullo y motivo para seguirme esforzando en este camino de la vida.

Diego

Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por permitirme cumplir con mi sueño y por haberme dado la fuerza y la capacidad para poder convertirme en lo que ahora soy. Agradezco a mi Directora de Tesis la Magíster Eva Peña, por su guía para la correcta elaboración de este trabajo. Agradezco de igual forma a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, a la Soc. Martha Ugalde, al Dr. Jorge Ipiales y a todas aquellas personas adultas mayores que participaron para la realización de este programa.

No podría olvidarme de agradecer aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para la culminación y presentación de este trabajo. A la Magister Patricia Pauta, Tec. Gabriela Cubero y al Ing. Luis Bravo A.

Índice de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Gráficos	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Fotografías	x
Índice de Anexos	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Responsabilidad	xiv
Introducción	1
Capítulo I: El Adulto Mayor	3
INTRODUCCIÓN	3
1.1 Conceptos de la tercera edad	4
1.2 Etapas del ciclo vital	4
1.2.1 Perspectiva biológica	5
1.2.2 Perspectiva psicológica	5
1.2.3 Perspectiva social	6
1.3 Teorías y aportaciones evolutivas	6
1.4 La vejez una etapa del ciclo vital	11
1.5 Envejecimiento y sexualidad	16
1.6 Envejecimiento normal y patológico	19
1.7 Divorcio, viudez y soledad	20
1.8 Trabajo y jubilación	22
1.9 Teorías del proceso de socialización en el adulto mayor	23
1.10 La depresión en el adulto mayor	27

1.10.1 Criterios diagnósticos para la depresión en el adulto mayor	28
1.10.2 Teorías sobre las causas de depresión en el adulto mayor.....	31
1.10.3 Consecuencias de la depresión en el adulto mayor.....	33
CONCLUSIONES.....	35
Capítulo II: Psicoterapia.....	36
INTRODUCCIÓN.....	36
2.1 Conceptos de psicoterapia.....	37
2.2 Psicoterapia desde la psicología clínica	37
2.3 Métodos - técnicas utilizados en psicología.....	39
2.3.1 Observación	39
2.3.2 Entrevista:	41
2.4 Componentes de una relación terapéutica.....	42
2.4.1 Rapport:.....	42
2.4.2 La empatía.....	43
2.4.3 Genuinidad	44
2.5 Procesos facilitadores a tener en cuenta en el proceso psicoterapéutico.....	44
2.5.1 Lenguaje y conducta no verbal.....	44
2.5.2 Transferencia y contratransferencia	46
2.6 Psicoterapia y objetivos en la tercera edad	49
2.7 Particularidades técnicas de la psicoterapia en el adulto mayor	51
2.8 Modalidad de la terapia grupal en el adulto mayor.....	52
2.8.1 Ventajas de la psicoterapia de grupo en el adulto mayor.....	53
2.8.2. Técnicas de relajamiento muscular aplicado en el adulto mayor	54
2.9 Valoración psicométrica de la depresión en el adulto mayor	59
2.9.1 Escala de depresión geriátrica Yesavage	60
CONCLUSIONES.....	62

Capítulo III: Influencia de la Musicoterapia en el Ser Humano	63
INTRODUCCIÓN.....	63
3.1 Parámetros del sonido y elementos musicales	64
3.1.1 Sonido y ruido	64
3.2 Música y musicoterapia.....	65
3.3 Musicoterapia conceptos	65
3.4 Antecedentes históricos de la musicoterapia.....	66
3.4.1 Etapa (Mágica – religiosa).....	66
3.4.2 Etapa: (Precientífica)	67
3.4.3 Etapa (Científica)	70
3.5 Fundamentos de la musicoterapia.....	73
3.5.1 Fundamentos biológicos.....	73
3.5.2 Fundamentos psicológicos.....	76
3.6 Musicoterapia y salud mental.....	78
3.7 Aplicaciones e influencias de la musicoterapia en el adulto mayor	79
3.7.1 El ritmo y su influencia a nivel Fisiológico.....	79
3.7.2 La melodía y su influencia a nivel psicológico – emocional	81
3.7.3 La armonía y su Influencia a nivel mental.....	82
3.8 Musicoterapia desde el modelo de Benenzon.....	83
3.8.1 Principios fundamentales de Benenzon	84
Capítulo IV: Programa de Musicoterapia Grupal para Pacientes de la Tercera Edad con Depresión Moderada.....	88
4.1 Datos del centro	88
4.2 Metodología del proceso.....	89
Resultados estadísticos obtenidos de la aplicación de la escala de Beck antes de la aplicación del programa con musicoterapia.....	91

Datos de los resultados obtenidos de la ficha de preferencias musicales aplicada a los dos grupos.	97
Canciones que consideran los pacientes de importancia emocional cuando lo escuchan.....	103
4.3 Programa de sesiones	105
Introducción.....	105
4.4 Conclusiones del análisis de las sesiones musicoterapéuticas mediante el seguimiento de la ficha individual:	135
4.5 Conclusiones del análisis de las sesiones musicoterapéuticas a través del análisis de la ficha grupal:	136
Resultados obtenidos después de la aplicación del programa	137
Conclusiones	140
Recomendaciones.....	143
Glosario de Términos Musicoterapéuticos Utilizados.....	144
Bibliografía	145
Anexos.....	149

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Puntajes obtenidos con el test de Beck antes del programa.....	91
Gráfico 2. Estado civil en el grupo.....	92
Gráfico 3. Comparación del nivel de depresión VS edad.	93
Gráfico 4. Comparación del nivel de depresión VS instrucción primaria.	94
Gráfico 5. Comparación del nivel de depresión VS instrucción secundaria.	95
Gráfico 6. Comparación del nivel de depresión VS edad en personas viudas.	96
Gráfico 7. Comparación del nivel de depresión VS edad en personas casadas.	96
Gráfico 8. Motivos para escuchar música.....	97
Gráfico 9. Música que prefiero cuando estoy alegre.	98
Gráfico 10. Música que prefiero cuando estoy triste.....	99
Gráfico 11. Instrumento musical preferido.....	100
Gráfico 12. Sonidos o música que le agradan y le producen tranquilidad.	101
Gráfico 13. Sonidos o música que le desagrada escuchar.....	102
Gráfico 14. Niveles de depresión de los participantes después de la aplicación del programa con musicoterapia	137
Gráfico 15. Comparación de niveles de depresión y sus tendencias, antes y después del programa.	138
Gráfico 16. Resultados de la encuesta de satisfacción de los participantes en el taller.	139

Índice de Tablas

Tabla 1. Explicativa del modelo de Erikson. (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 84)....	8
Tabla 2. Teoría de Havighurst analizado desde la teoría de Erikson.....	10
Tabla 3. Ajustes relacionados con la aceptación adecuada del proceso de envejecer según: (Robert Peck).....	11
Tabla 4. Instrumental de la Musicoterapia. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la practica, 2011)	87
Tabla 5. Temas musicales elegidos por los pacientes (grupo de la mañana).	103
Tabla 6. Temas musicales elegidos por los pacientes (grupo de la tarde). .	104

Índice de Fotografías

Fotografía 1. Sesión 1.	110
Fotografía 2. Sesión 2.	112
Fotografía 3. Sesión 3.	114
Fotografía 4. Sesión 3.	114
Fotografía 5. Sesión 5.	120

Índice de Anexos

ANEXO 1: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN	150
ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE MODIFICADA.....	151
ANEXO 3: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI).....	152
ANEXO 4: FICHA MUSICAL	158
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	160
ANEXO 6: FICHA INDIVIDUAL DE OBSERVACIÓN MUSICOTERAPEUTICA	162
ANEXO 7: FICHA GRUPAL DE OBSERVACION MUSICOTERAPEUTICA.....	164
ANEXO 8: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL TALLER DE MUSICOTERAPIA ASISTIDO	166

Resumen

El presente trabajo de grado se basa en un estudio cualitativo, cuantitativo y de aplicación de catorce sesiones con musicoterapia, para ayudar a mejorar el estado emocional a un grupo de pacientes de 60 a 80 años de edad, que presentan depresión moderada y asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de la ciudad de Cuenca. Cabe mencionar que este programa no pretende abordar el tema de la musicoterapia en su totalidad, ni está delimitado a una técnica estricta de un solo autor, a pesar que gran parte de esta tiene una fundamentación basada en el modelo musicoterapéutico de Rolando Benenzon.

Abstract

The present graduation project is based on a qualitative and quantitative study as well as on the application of fourteen sessions of musical therapy with the purpose of improving the emotional state of a group of 60-80 year old patients who have moderate depression and are attending the Social Services for the Elderly in the IESS (Social Service Institute of Ecuador) in the city of Cuenca. It is important to mention that the purpose of this program is not to address musical therapy in its totality or to stick to the technique of one single author. However, great part of this project is based on the musical therapy model of Rolando Benenzon.




Translated by,
Diana Lee Rodas

Responsabilidad

El presente trabajo de investigación es de exclusiva y total responsabilidad de su autor.

Diego Lazo G.

AUTOR

Introducción

La motivación que nos llevó a realizar este trabajo investigativo, se debió a que las prácticas pre profesionales se llevaron a cabo por un lapso de 8 meses consecutivos en los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, encontrando que en esta etapa de la vida las personas suelen ser propensas a sufrir algún tipo de depresión, debido a ciertos desajustes emocionales ocasionado por la falta de adaptabilidad a sus distintos cambios biopsicosociales. Otro factor que inspiraría a que se lleve a cabo esta investigación, está dado por la cualidad innata y la experiencia que poseo para trabajar con la música.

Proyecciones sobre el índice de vida de los seres humanos, mencionan que los años de vida de las personas está creciendo, por lo que se asegura que el número de adultos mayores para las próximas décadas aumentará considerablemente en todo el mundo, especialmente en aquellos países en vías de desarrollo como el nuestro; por tal motivo se piensa que la implementación de este programa no solo brindará al adulto mayor una alternativa más de apoyo para el mejoramiento de su salud, sino también será la pauta para futuras investigaciones sobre este tema.

Los capítulos que asisten para la culminación de este programa, ayudarán a ampliar los conocimientos en el tema a tratar, se menciona de manera breve el abordaje de cada uno de ellos.

Capítulo #1: Abordará el proceso del desarrollo del ciclo vital y sus distintas perspectivas, con el fin de conocer cómo atraviesa el adulto mayor esta etapa de vida y lo que suele significar para ellos el proceso del envejecimiento con sus cambios: físicos, psicológicos, sociales y emocionales. Culminando con el tema de la depresión, sus teorías y consecuencias en estas personas.

Capítulo #2: Está orientado al tratamiento psicoterapéutico en el adulto mayor, dando a conocer sus alcances, objetivos y técnicas de tratamiento emocional.

Capítulo #3: Dirigido a tratar la influencia de la musicoterapia en el ser humano, sus conceptos, fundamentos históricos, y teóricos, como las aplicaciones y efectos beneficiosos al aplicar en el adulto mayor.

Capítulo #4: Abordará la metodología utilizada en el proceso, los instrumentos utilizados para la selección y evaluación del grupo, los objetivos y técnicas a utilizar en las sesiones, con los resultados obtenidos de cada sesión. Finalmente se expondrán los resultados obtenidos de la comparación de los resultados de los test, con sus debidas conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I: El Adulto Mayor

INTRODUCCIÓN

En la tercera edad existen cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, fundamentales para la comprensión de este grupo de personas. Entre las diferentes teorías que abordan este ciclo vital se citan: teoría del psicoanálisis, teoría psicosocial de Erikson, Havighurst y de Robert Peck, como otros distintos modelos explicativos de socialización como: la teoría de la desvinculación, teoría de la actividad y teoría de la continuidad.

Para explicar la depresión en el adulto mayor, existen también diversas teorías que parten desde distintos postulados como: Teoría psicoanalítica, teoría de Erikson, conductismo, teoría cognitiva de Arón Beck, quien enfocaría a la depresión como una causa de las distintas distorsiones cognitivas. Finalmente se abordará las consecuencias que tendría la depresión en el adulto mayor en los procesos orgánicos, cognitivos y sociales.

1.1 Conceptos de la tercera edad

El Término tercera edad hace referencia a la población de personas que sobrepasan los 65 años de edad y sin depender que estén o no jubilados. Hoy en día se prefiere utilizar más la expresión de persona mayor o adulto mayor. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

“El proceso de envejecimiento en el ser humano es natural, gradual, con cambios y trasformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social. Además aparecen con el transcurso de los años y van unidas al desarrollo y al deterioro” (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 20).

“Proceso progresivo, intrínseco, universal, asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y de su medio ambiente” (Ministerio de Salud Pública, 2008, pág. 15).

1.2 Etapas del ciclo vital

Para poder entender al adulto mayor de una manera integral, es necesario tomar en cuenta el desarrollo del ciclo vital desde una perspectiva: biológica, psicológica y social, destacando que cada una de estas es una pieza fundamental en el desarrollo humano; las mismas que se convierten en variables de acuerdo a la existencia de múltiples factores como: genéticos, ecológicos y específicos según el tipo de vida de cada ser humano (Muñoz Tortosa, 2002).

1.2.1 Perspectiva biológica

Este hace referencia al estado de degeneración y muerte de todo organismo, tomando en cuenta al ser humano desde su concepción, prosiguiendo durante toda la vida y culminando con la muerte, comenzando la misma a partir de los 30 años aproximadamente. Con el envejecimiento se presenta una disminución del 25 al 30% de las células que forman parte de los diferentes órganos del cuerpo humano, lo cual conlleva a una mayor vulnerabilidad orgánica aumentando el riesgo de contraer enfermedades crónicas y degenerativas. (Muñoz Tortosa, 2002).

Se estima que una persona puede llegar a vivir un periodo máximo de unos 120 años, cuando se dan las condiciones óptimas para su desarrollo vital; por ende el proceso de envejecimiento en cada persona tendría lugar de maneras muy distintas según factores intrínsecos propios del sujeto como de las condiciones ambientales y sociales. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 9).

1.2.2 Perspectiva psicológica

En la actualidad se realizan investigaciones con respecto al proceso del envejecimiento cerebral fisiológico y su correlación con aspectos cognitivos y psicoafectivos, imprescindibles para una concepción más amplia y profunda del proceso del envejecimiento, sin embargo estos carecen de profundidad como en épocas pasadas. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

Macham con respecto a la inteligencia en los adultos mayores manifiesta: "la esencia de la sabiduría no está en lo que se conoce sino en cómo se guarda y utiliza ese conocimiento" (pág. 188; 1990). Catell (1966) menciona: "la inteligencia cristalizada está relacionada con las influencias educativas y culturales; y corresponde al conjunto de experiencias que el sujeto adquiere

a lo largo de su vida, es acumulativo y tiende a aumentar con la edad. Es decir la experiencia permite compensar los efectos negativos que produce el envejecimiento sobre el desarrollo intelectual" (Muñoz Tortosa, 2002, págs. 53-62).

1.2.3 Perspectiva social

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

Por otra parte también existe la llamada edad fenomenológica, que hace referencia a la autopercepción que cada individuo tiene sobre su envejecimiento; por ejemplo: existen personas que a pesar de sus años son muy activos. De este modo al analizar al ser humano desde una visión holística gerontológica se advierte que cada aspecto: biológico, psicológico y social estaría influyendo entre sí; por lo tanto al afectarse uno de ellos, necesariamente involucraría a los otros aspectos.(Jessica Toro, 1997).

1.3 Teorías y aportaciones evolutivas

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

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

Su teoría menciona que cuando una persona no puede confrontar la crisis de una de las etapas del desarrollo, esta continuaría descargando energía, no permitiendo desarrollarse correctamente las siguientes fases, creando luego dificultades en el desarrollo de la personalidad. Erikson (1982, 1986) Refiere que "la naturaleza de cada crisis es diferente, y caracterizada por una bipolaridad (positiva – negativa). El individuo debe optar por uno u otro sentido según sus necesidades sociales; además, cada estadio está dominado por un sentimiento que determina la orientación del comportamiento" (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 83).

Este postulado consideraría que al final de estas etapas es fundamental encontrar un sentido de integridad, en vez de llegar a la desesperación por la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente; en este sentido menciona: "Las personas que han tenido éxito en esa tarea integradora final, construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande de su pasando presente y futuro".(Muñoz Tortosa, 2002, págs. 83-84).

MODELO DE ERIKSON		
ETAPA	CRISIS	EVOLUCIÓN POSITIVA
1. Primera infancia	Confianza/desconfianza	Esperanza, motivación
2. Infancia	Autonomía/duda	Voluntad
3. Edad juego	Iniciativa/Culpabilidad	Finalidad objetividad
4. Edad escolar	Laboriosidad/inferioridad	Competencia
5. Adolescencia	Identidad/confusión	Fidelidad
6. Adulto	Intimidad/aislamiento	Afiliación , amor
7. Madurez	Generatividad/estancamiento	Productividad
8. Vejez	Integridad/desesperación	Sabiduría

Tabla 1. Explicativa del modelo de Erikson. (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 84)

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

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

Havighurst (1972), describió Ocho tareas psicosociales, entre las que se encuentran habilidades como: el conocimiento, actitudes, funciones, y habilidades que los individuos deben adquirir en cierto momento de la vida por medio de la maduración física, el esfuerzo personal y las expectativas sociales. Al igual que Erikson, Havighurst, divide a la vida en una serie de estadios, asignando a cada uno de ellos una serie de tareas evolutivas, que podemos explicarlo en el siguiente cuadro. (Rice, 1997, págs. 334-335).

Programa de Musicoterapia Grupal para Mejorar el Estado Emocional en Pacientes de la Tercera Edad que Presentan Depresión Moderada

Diego Lazo González

EDAD	ERIKSON	HAVIGHURST
Primer año	Confianza Vs. Desconfianza	Maduración de los sistemas sensoriales y motores, desarrollo de apegos, como desarrollo emocional, inteligencia sensomotora, permanencia de objetos.
2 – 3 años	Autonomía Vs. duda	Elaboración de independencia de movimientos, logro de autocontrol, como del desarrollo de la fantasía y el juego; desarrollo del lenguaje y la comunicación efectiva.
3 – 6 años	Iniciativa Vs. Culpa	Identificación de género, desarrollo moral temprano, juego en grupo, desarrollo de una autoestima primitiva.
6 – 12 años	Laboriosidad Vs. inferioridad	Desarrollo de relaciones de amistad con similares, logrando una imagen más compleja y estructurada de sí mismo. Obtener pensamiento operatorio concreto y aprendizaje de habilidades académicas básicas.
12- 18 años	Identidad Vs. confusión	Relaciones más maduras con semejantes, estableciendo de su rol social (masculino-femenino) y aceptarse físicamente. Independencia emocional de los padres, prepararse para el mundo profesional, adquisición de valores éticos, se espera un comportamiento responsable.
18- 30 años	Intimidad Vs. Aislamiento	Integridad en el mundo laboral, selección de una persona, aprendiendo a vivir en pareja. Tener una propia familia, responsabilizarse de su hogar y criar a sus hijos, encontrar un grupo social estable.
30 - 60 adelante	Generatividad Vs. Estancamiento	Responsabilizarse de sus hijos, alcance profesional satisfactorio, actividades de ocio adultas, mejor relación con su pareja. Aceptar y ajustarse a los cambios fisiológicos de la mediana edad, adaptarse al envejecimiento de los padres.
Más de 60 años.	Integridad Vs. Desesperanza	Adaptarse a una fuerza física y salud en declive. Acoplarse a una jubilación y reducción de ingresos. Aceptar la muerte de su pareja y la viudedad. Adaptarse a los roles sociales de manera flexible. Establecer un estilo de vida satisfactorio.

Tabla 2. Teoría de Havighurst analizado desde la teoría de Erikson

- **Robert Peck (1955):** Ampliaría aún más el análisis de Erikson acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta tardía, destacando tres importantes adaptaciones necesarias (Papalia & Olds, 1997, pág. 601).

Una autodefinición más amplia vs la preocupación por los roles del trabajo.	Lo esencial de esta adaptación es el grado con el cual las personas se definen a sí mismo por su trabajo, al preguntarse si son útiles o no. Necesitan reconocer que su ego es más rico y diverso que la suma de sus tareas laborales.
Trascendencia del cuerpo vs preocupación por el cuerpo.	Para las personas que han enfocado el bienestar físico como base de una vida feliz, les será difícil aceptar las diferentes pérdidas de sus facultades, molestias y dolores. En cambio, para aquellos que centran sus relaciones en actividades que no exigen perfecta salud, presentan mejor adaptación.
Trascendencia del ego vs preocupación por el ego.	Adaptación que consistiría en ir más allá de su propio interés y aceptar la certeza de muerte. Reconociendo que permanecerá a través de sus hijos y de todo lo que han forjado, al contribuir al bienestar de otros. Esta trascendencia, según Peck, sitúa a los seres humanos aparte de los animales.

Tabla 3. Ajustes relacionados con la aceptación adecuada del proceso de envejecer según: (Robert Peck).

1.4 La vejez una etapa del ciclo vital

Aquellos que se incluyen en esta etapa de la adultez tardía, son un grupo de personas con fortalezas y debilidades individuales, dentro de un periodo normal de vida. Cabe mencionar que cada vez se vuelve más difícil fijar un límite entre el final de la edad adulta intermedia y el comienzo de la edad adulta tardía, debido a que existen personas de 70 años de edad, que actúan y piensan como lo hacían las personas de 50, hace 10 o 20 años. (Neugarten y Neugarten, 1987), describe a las personas de edad avanzada

de dos maneras: los (viejos jóvenes) siendo aquellos que a pesar de su edad avanzada son vigorosos como activos y los (viejos, viejos) donde se ubicarían aquellas personas enfermas y frágiles. (Papalia & Olds, 1997, pág. 565).

En 1984 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) pronosticó que "en las siguientes cuatro décadas, el porcentaje de ancianos en la población general del mundo se duplicaría. En 1990 la población de personas de más de 60 años era de 500 millones (9%) y que para 2030 esa cifra podría exceder a 1.400 millones de personas de la tercera edad, de los cuales cuatro de cada cinco estarían radicados en países en vía de desarrollo" (Toro & Roldan, 2004, pág. 379).

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) "para el 2030 se calcula que la población de personas mayores corresponderán a la mitad de todos los niños y adolescentes; y que en el 2050 habrá menor número de adolescentes que personas adultas mayores, para lo cual debemos prepararnos con tiempo y lograr una mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores" (Yáñez, Figeroa, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 18).

El proceso de envejecimiento en el ser humano, afecta de manera diferente a todos los órganos y sistemas del organismo, llevándoles a sufrir una serie de cambios estructurales como funcionales que se mencionan en los siguientes apartados.

1.4.1 Cambios físicos en el adulto mayor

Dentro del proceso del envejecimiento a partir de los 30 a los 50 años, se suele evidenciar una disminución de la estatura en un promedio de 1,25 centímetros, para luego posteriormente de los 50 a los 70 años, perder dos centímetros más. En el caso de las mujeres, esta pérdida de estatura podría llegar a ser hasta de cinco centímetros entre los 25 y los 75 años de edad,

esta pérdida estaría ligada a las diferencias individuales según el desgaste óseo a nivel de vertebras. (Hoyer y Roodin, 2003).

A los 40 y 50 años de edad, aparecerían las primeras señales visibles del envejecimiento. El peso corporal a partir de los 60 años, empezaría a presentar una disminución de la masa muscular, dando a notar un aspecto más blando del cuerpo; la piel se vuelve menos elástica y más delgada, tomando un tinte de color amarillo con aspecto de manchas; el cabello se vuelve más fino y canoso, debido a una menor sustitución de melanina y las uñas reducen su velocidad de crecimiento, volviéndose opacas y duras, debido al aumento de queratina. Entre otros cambios también se podría mencionar, enlentecimiento psicomotor conforme se avanza en edad. Sobre este aspecto (Wong y otros, 2003), han demostrado que el caminar con regularidad retarda la aparición de las discapacidades físicas en los ancianos. (Santrok, 2006, pág. 625).

1.4.2 Cambios sensoriales (Vista, oído, gusto y olfato)

(Tortosa 2002) Indica que la presbicia, empieza a partir de los 60 años de edad, esta afección se le acredita al cristalino, donde con los años perdería la capacidad elástica para cambiar su longitud y enfocar objetos que estén cerca; las pupilas oculares también sufrirían cambios con la edad, haciéndose más pequeñas, por lo que las respuestas a la iluminación suelen ser más lentas, suelen existir otros problemas visuales ciertamente comunes como: alteraciones para percibir la profundidad, cataratas, disminución en la capacidad del contraste visual, incluso problemas de retina ocasionándoles hasta ceguera.

El oído también sufre decrementos con el trascurso de los años, la pérdida auditiva o presbiacusia, suele iniciarse a partir de los 40 años de edad, especialmente en personas hereditariamente predispuestas. En general esta pérdida es lenta pero progresiva, hasta manifestarse con claridad a los 60

años. Según (Troll, 1985), "la pérdida auditiva es mayormente común en los hombres que en las mujeres a partir de los 55 años de edad". (Papalia & Olds, 1997, págs. 509-510).

Schuknecht (1964) observó que: "el envejecimiento puede producir múltiples alteraciones especialmente a este nivel del Órgano de Corti. Por su parte Whitbourne (1985) acredita que: "la pérdida de la audición en las personas mayores, a la degeneración progresiva que sufren las células ciliadas" (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 47).

(Schaie & Willis, 2003), hace mención a estudios realizados por (Forzard, 2000) tomando en cuenta estas cifras: 45 a 54 años: 19% de personas tienen generalmente alguna dificultad con la audición; de 75 y 79 años, 75% de personas ya presentan dificultades a este nivel.

Estudios realizados por la (National Academy on an Aging Society. 1999), informa que las pérdidas de audición son mayores para los hombres que para las mujeres. La pérdida auditiva suelen también obedecer a otros factores como: exposición prolongada a los ruidos durante la época laboral, infecciones, efectos adversos de algunos antibióticos, ingesta desmedida que haya tenido con respecto al tabaco y alcohol, problemas de colesterol, régimen alimenticio inadecuado, influencia genética, etc. (Muñoz Tortosa, 2002).

Los sentidos como el gusto y el olor parecen disminuir tenuemente con la edad y parece que los ancianos son menos conscientes de esta pérdida. (Nordin, Monscha, y Murphy, 1995). Aunque las investigaciones son muy pocas a este nivel, se conoce que los sabores amargos, duran más en sensibilidad que los sabores dulces o salados (Stevens et al, 1998; Weiffenbach, Tylenka y Baum, 1990). A su vez se considera que los ancianos tienen más dificultades para recordar olores concretos, que las personas de menor edad. (Larsson y Backman, 1998) (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 48).

1.4.3 Cambios en la estructura cerebral

(Muñoz, 2002) hace referencia al científico Broca, quien consideró que el cerebro era como un complejo sistema formado por núcleos especializados y geográficamente dispuestos para realizar una función psicológica específica y que una lesión o enfermedad de origen neurológico o traumática podría poner en manifiesto una deficiencia en una de las áreas cerebrales o en la parte que dirige la coordinación entre áreas especializadas; sin embargo no todas las personas de la tercera edad tendrían este problema, ni padecerían las mismas consecuencias cuando se produce este tipo de lesión; por tal motivo se considera y se toma muy en cuenta las diferencias individuales al momento de realizar un diagnóstico. (Muñoz Tortosa, 2002).

1.4.4 Cambios en los sistemas circulatorio y pulmonar

Existen investigaciones que determinan que el sistema cardiovascular experimenta diversos cambios alrededor de los 70 años de edad; debido a un aumento de diámetro de los ventrículos como del peso del corazón, mayor aumento de grasa, angostura de los vasos sanguíneos, endurecimiento de las fibras musculares y la pérdida de la capacidad de contracción; es decir, todos estos cambios conducirían a una menor contribución de sangre oxigenada, convirtiéndose así en una causa significativa para la reducción de la fuerza y la resistencia física general. (Santrok, 2006, pág. 629).

Con respecto a la capacidad pulmonar, entre los 20 y 80 años de edad, esta disminuiría en un 40% su capacidad, a pesar que no se padezca de alguna enfermedad. (Forzard, 1992); desde un punto de vista anatómico se puede observar que la tráquea como la pared torácica en la vejez se vuelve más rígida dificultando los movimientos respiratorios de expansión y retracción; las glándulas mucosas se hipertrofian con mayor producción de

moco y los cilios disminuyen en número con mayor enlentecimiento y debilitamiento de los músculos intercostales, factores que propiciarían obstrucción respiratoria y con ello una disminución del contenido de oxígeno en sangre. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 12).

1.4.5 Cambios del Sistema digestivo y excretor

Las disfuncionalidades de digestión suelen manifestarse, debido a una menor capacidad del metabolismo, con menor capacidad para asimilar ciertos nutrientes. Entre las dificultades que suelen presentarse se menciona:

- Pérdida de piezas dentales, que perjudicarían la correcta masticación y digestión de los alimentos.
- Disminución de los movimientos esofágicos y de las enzimas digestivas para facilitar la deglución.
- Disminución del tono muscular y del peristaltismo intestinal, ocasionando estreñimiento.
- Menor capacidad del riñón y sistema excretor para eliminar los productos de desecho. Por esta razón se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. (Rivera, 2005).

1.5 Envejecimiento y sexualidad

Esta etapa de la vida estaría sujeta a un gran número de agresiones procedentes de enfermedades que influenciarían negativamente en la sexualidad de una persona y limitaría al adulto mayor a que no puedan llevar correctamente el contacto a nivel genital.

Papalia y Olds con respecto a esto mencionan: "Los seres humanos son seres sexuales desde el nacimiento hasta la muerte. Aunque la enfermedad o la debilidad puede a veces impedir que las personas de edad avanzada

actúen sobre sentimientos sexuales, estos persisten" (Papalia & Olds, 1997, pág. 616).

Los sentimientos sexuales se presentan de diversas maneras en estas personas, por lo que el tocarse, abrazarse en la intimidad son de valiosa importancia, incluso en su mayoría disfrutan, sin que exista necesariamente el contacto genital.

La sexualidad en las personas mayores no fue reconocida científicamente hasta la década de los 60. William H. Masters y Virginia E. Johnson ayudarían a entender en sus hallazgos (1966,1981), que existiría un declive de la respuesta sexual con la edad, atribuidos a factores como: el aburrimiento a la pareja, enfermedades físicas y mentales, fatiga; y en especial, el miedo al fallo en el funcionamiento sexual. También sus estudios dieron a conocer que: las personas que tuvieron una vida sexual activa durante su juventud, tendrían probabilidades de permanecer más activas sexualmente en su vejez. Así el hombre podría ser expresivo a los 70 u 80 años y las mujeres toda su vida. (Aguera, Cervilla & Martín, 2006).

1.5.1 Principales causas del disfuncionamiento sexual

Aguera (2006) hace mención a una serie de causas del disfuncionamiento sexual en el hombre.

En el hombre:

- Aproximadamente 30% de hombres a los 40 años presentan dificultades en la erección, cifra que aumentaría a un 70% a los 70 años.
- Enlentecimiento en la respuesta sexual
- Menor fluido pre-eyaculatorio y menor fuerza de la eyaculación asociada a disminución de la libido.

- Disminución gradual en el volumen testicular y fibrosis global del testículo.
- Eyaculación precedida por una sensación de incapacidad para controlarla.
- Disminución de la testosterona, en especial en personas que tuvieron un desorden en el consumo de alcohol.
- Disminución de la respuesta peneana a la estimulación, la cual puede verse afectada por cambios degenerativos asociados a: enfermedades con alteraciones vasculares o neurales (ej. Diabetes mellitus) con un porcentaje aproximado de un 20%; y el debido a factores psicológicos y emocionales como: estrés, fatiga, depresión, con un porcentaje de 80 de los casos, pudiendo ser en varias ocasiones por una mezcla de las dos.

En la mujer:

Investigaciones de Master y Johnson (1966); concluyeron de que en la mujer la intensidad de la reacción sexual se va reduciendo con el trascurso de los años. Otros estudios dicen que incluso en mujeres menopaúsicas, cuando persiste el deseo amoroso, el deseo sexual también persiste como en la juventud.

Entre varios cambios disfuncionales que comúnmente se dan en la sexualidad en la mujer mayor, se pueden mencionar:

- Cambios estéticos por la edad
- Déficit de estrógenos, atrofiando el epitelio urogenital, con incidencia de infecciones y dolor durante el coito.
- Adelgazamiento de los labios vaginales y de su musculatura
- La fase final de la reacción sexual se caracteriza por el retorno más rápido de la vagina a su normalidad
- Disminución de la lubricación vaginal.

- Las contracciones orgásmicas son mucho más cortas y menos numerosas.
- Algunos estudios sobre la menopausia mencionan que esta puede ser responsable de ciertos aspectos de la disfunción sexual, por lo que la utilización de hormonas sería una buena alternativa para mejorar algunos casos. (Muñoz Tortosa, 2002, págs. 125-128).

1.5.2 Disfunción sexual y efectos psicológicos

La disfuncionalidad sexual en el hombre llegaría a ser un serio problema de desajuste psicológico, debido a que para funcionar no solo se requiere de decisión, sino también de demostrar una erección y poder mantenerla, por lo que suele ser imposible ocultar la incapacidad.

En la mujer en cambio la menopausia llegaría entre los 49 y 52 años debido a cambios hormonales; marcando así el fin del periodo fértil, situación que a la vez jugaría un rol importante a nivel de la sexualidad como de su vida reproductiva. Ocasionalmente esta situación conllevaría algún tipo de desajuste psicológico. (Muñoz Tortosa, 2002, págs. 128-129).

1.6 Envejecimiento normal y patológico

Peña y Lillo (2012) Hacen referencia al envejecimiento como un proceso natural necesario de todo ser vivo dentro de una existencia completa, mencionando a su vez a las patologías del cerebro no exclusivas pero si frecuentes en esta edad. Además hacen Referencia a un porcentaje del deterioro intelectual en personas mayores mencionando que: "Existiría un 5 a 10% de personas mayores de 65 años con deterioro intelectual franco y demencia, cifra sin duda elevada y para algunos "aterradora". Pero indica al mismo tiempo que más del 90% de los hombres y mujeres de edad

avanzada conservan lucidez mental y son capaces de tener una existencia creativa y responsable". (Sergio Peña y Lillo, 2012, pág. 192).

A su vez este autor haría referencia que un envejecimiento normal sería compatible con el estado de salud, en la medida que se acompañe de un buen ajuste social como de juicio personal; y su forma patológica, cuando esta bordea esa normalidad funcional o estadística, que constituiría ya las propiedades de esa enfermedad. Igualmente menciona que el envejecimiento causaría una curva descendente de las funciones cognoscitivas, pero que estaría compensada por una curva ascendente, dada por la madurez, serenidad reflexiva y conocimiento más profundo de la experiencia vivida, que le brindaría mayor estabilidad, originando lo que se ha denominado la "Metamorfosis de la Sabiduría" (Sergio Peña y Lillo, 2012).

Tortosa (2002), igualmente menciona que el ser humano en esta etapa de vida estaría expuesto a sufrir ciertos cambios en sus diferentes esferas, pero añade que la vejez no es un sinónimo de patología, debido a que solo parte de los trastornos orgánicos y cognitivos son irreversibles y que más bien el problema surgiría cuando se trata de precisar cuándo un síntoma o comportamiento se consideraría normal o patológico. Esta teoría sostiene que: "todos los sistemas sensoriales y cognitivos decaen en el adulto mayor paulatinamente pero sin llegar hasta una gravedad extrema, a lo que la conoce como gradación difusa" (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 22).

1.7 Divorcio, viudez y soledad

El divorcio en la tercera edad no suele ser muy común, sin embargo aquellos que han considerado esta opción, generalmente no vuelven a casarse quedándose solos. Dadas las tasas actuales de fracasos en grupos más jóvenes, se calcula que esta proporción subirá los próximos años, lo cual se considera alarmante debido a que las personas separadas o

divorciadas tienen mayor riesgo de sentir insatisfacción familiar, la cual se cree influiría en el incremento de enfermedades mentales y de mortalidad; quizá esto sea debido a la disminución de redes sociales y de apoyo que implican estas. (Uhlenberg, Myers Cooney y Boyd. 1981,1990), en (Papalia & Olds1997, Pág. 615).

Estudios a favor y en contra con respecto al malestar emocional que siente el adulto mayor a causa de la soledad. Algunos a favor, opinan que: la muerte del cónyuge, el nido vacío, las alteraciones y desajustes tanto a nivel físico, psicológico y social, son causas suficientes para que se desarrolle este problema; sin embargo otros estudios demuestran lo contrario al decir que hay personas mayores rodeadas de familiares y amigos y que padecen de soledad, y que otros carentes del entorno social no lo tienen; "por lo que ciertos autores conciben a la soledad como una experiencia subjetiva, que surge cuando el individuo cree percibir deficiencias o discordancias en el funcionamiento de sus redes sociales". (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 104)

Weiss (1987) distingue dos formas de soledad; la primera relacionada con el aislamiento social y la otra ocasionada por las diferentes pérdidas afectivas y emocionales que le brindarían seguridad; en este último caso, el sentimiento de soledad estaría causado por un determinante más de tipo cognitivo, con pensamientos negativos sobre el futuro y autoculpabilidad pudiendo llegar la persona a causa de esta a presentar: baja autoestima, ansiedad, marginación, etc., llegando incluso a convertirse de tipo crónico. (Muñoz Tortosa, 2002).

Berg (1981) "indica que la soledad está arraigada en el 25% de las mujeres, mientras que este fenómeno sólo se observa en el 12% de los hombres". De esta manera a pesar del interés de muchos investigadores en este tema, los estudios que se han realizado sobre la soledad, aun dan resultados contradictorios y poco confiables; Posiblemente la metodología empleada en estas investigaciones tenga falencias que contaminen los resultados al momento de obtenerlas. (Muñoz Tortosa, 2002).

1.8 Trabajo y jubilación

La adaptación al retiro es una de las tareas a la que tiene que enfrentar actualmente el adulto mayor de ambos sexos; pero se debe entender que la jubilación no es perjudicial para la salud. Estudios al respecto han demostrado que casi una tercera parte de personas jubiladas han encontrado satisfacción en su vida, con mejoría a nivel físico y mental a raíz de su retiro y otros a su vez en un porcentaje del 50%, no menciona cambio alguno. (Craig, 2001).

(Reitzes y otros, 1996) establecen una relación de tipo de retiro con la salud mental del mayor; mencionando que el retiro voluntario ofrecería un estado de salud mental más positivo, debido a que no es lo mismo que se les obligue hacerlo por su edad. A su vez este autor hace referencia a unos puntos que debería una persona tomar en cuenta antes del retiro. (Craig, 2001).

- 1. Desaceleración:** Disminuir sus responsabilidades laborales de manera gradual a fin de evitar una reducción en picada.
- 2. Planeación de la jubilación:** Planearse un plan de vida anticipada y positiva a cerca de lo que hará el momento de jubilarse.
- 3. Vida del jubilado:** Enfrentar y meditar sobre las dificultades que significa el dejar de trabajar debido a su jubilación.

Swan, Dame y Carmelli (1991), al realizar diversos estudios a encontraron que: "aquellas personas que generalmente pensaban que habían sido "obligados" a retirarse tenían niveles más bajos de bienestar y de un modo más sorprendente quizá los individuos con personalidades de tipo A" (Paranoides, esquizoides, esquizotípicos). En cambio (Myers y Booth, 1996, Szinovacz, 1996), mencionan que en parejas con roles de género

tradicionales, la satisfacción marital es más alta cuando el marido trabaja y la mujer está jubilada, que en la situación inversa. (Hamilton, 2002, pág. 156).

Por otra parte (Bengston y Treas, 1980; Ward, 1984) explican que existe un aumento de satisfacción a la jubilación en aquellos trabajadores de oficina que en el de obreros, pero probablemente esto sea acreditado al mejor nivel de salud como de economía que suelen recibir los primeros. (Hamilton, 2002, págs. 157).

1.9 Teorías del proceso de socialización en el adulto mayor

1.9.1 Teoría de la desvinculación

La desvinculación en esta teoría sería recíproca, normal e inevitable, llevándole al individuo a un envejecimiento satisfactorio, siempre y cuando la sociedad se encargue de las responsabilidades económicas, sanitarias y sociales para atender sus necesidades. Esta teoría menciona que las personas mayores, no encuentran su bienestar y felicidad sintiéndose útiles, sino que más bien preferirían estar alejados de la sociedad. A su vez Simmons (1945) afirma que "el deseo de ser útil en la persona mayor, correlaciona con la necesidad de buscar seguridad como consecuencia de sentirse rechazado y desamparado" (Muñoz Tortosa, 2002, págs. 95-96).

de manera crítica pensamos que esta teoría no puede ser generalizada, debido a que podría ser válida solo para cierto número de personas y con edad quizá mayor a los 85 años. La sociedad debería estar dispuesta ayudar a liberar a los ancianos de sus prejuicios, para que pueda sentirse útiles y reconocerse que aún son parte importante de la población.

1.9.2 Teoría de la actividad

Teoría que ha tenido una enorme influencia en los estudios gerontológicos debido a que fue elaborada con miras a sustituir vacíos existentes en la teoría de la desvinculación. Esta teoría fue formulada originalmente por Havighurst (1963). También se habla de Tartler (1961) y de Atchley (1977) como representantes de esta.

Para Havighurst (1963) "el envejecer con éxito seguiría las mismas reglas que el envejecimiento normal; este autor señala que hay roles que en la senectud se pierden a causa de la jubilación o mala salud, pero que sin embargo una vejez saludable tendría que estar acompañado de nuevas actividades, labores, hobbies, etc, lo primordial es que el individuo continúe permaneciendo activo, esta es considerada como una teoría de acción, para llegar a tener un envejecimiento con éxito." Para lo cual se basa en estas premisas básicas. (Santrok, 2006, pág. 679) y (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 97).

1. La mayor parte de las personas que envejecen, siguen conservando niveles constantes de actividad y mientras más activos estén en su entorno, mayores probabilidades tendrá de estar satisfechos con sus vidas.
2. La cuantía de ocupación o desocupación, está determinada por los estilos de vida pasados. Alcanzando una mejor satisfacción con sus vidas si continúan ejerciendo sus roles de madurez a lo largo de la vejez
3. Para poder adquirir un envejecimiento con éxito, es preciso mantener y desarrollar niveles de actividad en las distintas esferas como: física, mental y social.

Palmore (1968; 1969), en un amplio estudio llevado a lo largo de diez años, encontró que es posible que se den ciertas disminuciones temporales de las actividades, causado por determinados sucesos, como por ejemplo las enfermedades, pero que estas disminuciones normalmente serían temporales. Desde su punto de vista, lo normal en estas personas es la actividad, pero estaría relacionada directamente con el estilo de sus años pasados y solo justo antes de la muerte es donde se produciría una verdadera desvinculación. (Papalia & Olds, 1997).

Papalia (1997), hace mención de un ejemplo para dar a conocer esta teoría: "Sora, una mujer que después del retiro de su vida laboral, volvió su atención y energía a proyectos comunitarios, llegando a ser coordinadora para la ayuda de personas sin hogar y a la vez comprometiéndose a brindar ayuda en un programa de alfabetización de adultos jóvenes; después que su esposo falleció, reanuda su vida con un hombre que había conocido hace 50 años antes, compartiendo juntos nuevos momentos agradables".

Como criterio a esta teoría, es recomendable que las personas mayores al cese de sus actividades laborales por la jubilación, encuentren un nuevo significado a su vida a través de la realización de actividades diferentes, esto les brindará una oportunidad de tener una mejor calidad de vida, como llevar un envejecimiento con mayores probabilidades de éxito. (Papalia, 1997, Pág. 605).

1.9.3 Teoría de la continuidad

Desarrollada por Neugarten (1964), esta es una alternativa a las dos teorías anteriores, sosteniendo que las personas desarrollan actitudes, hábitos y valores más estables a medida que van pasando por el ciclo vital y que sus rasgos de personalidad permanecería en cierta medida estables al llegar a la vejez, permitiéndoles disminuir ciertos cambios bruscos en la adaptación

de esta última etapa de la vida, por ejemplo al retiro de su trabajo y el comienzo de la etapa de jubilación. (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 99).

Neugarten (1964, 1968), basado en estudios realizados en Kansas City, sobre el desarrollo de la vida adulta, entiende que la teoría de la continuidad se puede resumir en siete postulados expuestos y basados en dos supuestos esencialmente:

1. La evolución psicológica es distinta en cada persona.
2. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo constituye una sola identidad coherente.
3. Cuando una persona llega a su final de evolución, integra su experiencia formando una estructura y una imagen de sí mismo más estable llamada autoconcepto que determinaría sus actitudes ante nuevas situaciones.
4. Las personas tienden a fabricar el entorno que les corresponde a través de la coherencia y de su funcionamiento interno.
5. La personalidad se convertiría en el mejor predictor de su actitud y adaptación a la vejez.
6. El envejecimiento acentúa las líneas que constituyen la estructura de la personalidad, incluso logrando mostrar en esta etapa, rasgos más nítidos de personalidad de lo que había manifestado.
7. Aunque la personalidad presenta una estabilidad, esta continúa transformándose durante toda la vida integrando los acontecimientos que el sujeto afronta.

Otros autores como Mc Crae y Costa (1982), sobre esta teoría, mantienen que la personalidad tiende a permanecer estable después de la edad adulta. En otra opinión, Atchley (1971, 1972, 1989), explica que las situaciones después de la jubilación pueden provocar una cierta discontinuidad, por lo que generalmente el adulto mayor acabará utilizando los recursos que ya utilizó a lo largo de toda la vida, como formas de adaptación, hábitos y apetencia; también asegura que la continuidad ofrece la identidad y el sentido de lo que somos. (Craig, 2001).

1.10 La depresión en el adulto mayor

La depresión en la tercera edad es un tema muy importante y controversial en el área de la salud mental, debido a que existen múltiples parámetros que determinan sus causas, así como diversas teorías que explican desde su visión, creando así controversias y discrepancias entre los profesionales al momento de brindar un diagnóstico.

Datos que se obtuvo de los índices de depresión de adultos mayores que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de la ciudad de Cuenca, da conocer qué; al centro acuden aproximadamente alrededor de 1500 personas, y que de la evaluación a 520 personas mediante el test de depresión geriátrica Yesavage, se observa la siguiente cifra:

- 355 adultos mayores no presentan ningún tipo de depresión
- 110 adultos mayores tendrían una probable depresión
- 55 adultos mayores con depresión ya establecida

Al revisar estas cifras positivamente existe un mayor número de adultos mayores que no presentarían depresión; sin embargo existen dos grupos de adultos mayores con probable depresión y otro con depresión establecida, por lo cual se considera necesario el tomar medidas preventivas, como de orden psicoterapéuticas.

Toro Roldán, en su libro "Fundamentos de la Medicina Psiquiátrica", menciona: "Las depresiones son un heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida de interés, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida; a menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados"; a su vez, esta, de acuerdo a su patrón de presentación se clasifican en: 1. Episodio único o recurrente, 2. trastorno persistente; y, subdividiéndolas de acuerdo a la intensidad en: leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos). (Toro & Roldan, 2004, pág. 153).

1.10.1 Criterios diagnósticos para la depresión en el adulto mayor

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

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

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

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

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

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Considerable disminución del interés y placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día o casi todos los días.

(3) Disminución significativa de peso sin estar a dieta o aumento exagerado; disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días, observable por los demás.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: DSM- IV- TR

1.10.2 Teorías sobre las causas de depresión en el adulto mayor

Se han propuesto varias teorías; algunos autores atribuyen su causa a factores puramente biológicos-fisiológicos, como es el caso de la insuficiencia de algunos neurotransmisores en el cerebro, que estarían asociados con el proceso de envejecimiento; otros en cambio conceden mayor importancia a las circunstancias sociales, aunque lo más probable es que ambos factores sean influyentes en algunos casos, finalmente investigadores como Beck, sostendrían, que las situaciones externas no serían la total causa de la depresión, sino más bien estaría dirigido a las distintas distorsiones cognitivas (Schaie & Willis, 2003).

1.10.2.1 Desde lo biológico

Tortosa (2002) menciona hipótesis investigativas en cuanto al apareamiento de la depresión en los adultos mayores.

1. Pacientes hipertensos, tratados con hipotensores (reserpina) desarrollan mayormente episodios depresivos (Akiskal y Mc Kinney 1973).
2. La existencia de ciertas enzimas en el organismo como la monoamina oxidasa (MAO); a su vez estudios posteriores demostraron que no sucedía en todas las personas mayores (Veit y Raskind, 1988).
3. Otros asociarían al mal funcionamiento de la serotonina y la noradrenalina. Estudios más recientes destacan la latencia de los movimientos oculares rápidos en los pacientes deprimidos durante el sueño. (MOR), encontrando una disminución de las etapas 3 y 4 del

sueño NMOR, y aumento de la actividad física MOR, etc. (Muñoz Tortosa, 2002, pág. 155).

1.10.2.2 Cuadro explicativo de la depresión según algunas aportaciones teóricas.

Desde la teoría psicoanalítica	Freud nombra esta por primera vez en el año de (1983), en un caso de curación hipnótica, quedando asociada la depresión a la melancolía a través de significados de: duelo, pérdida libidinal, inhibición psíquica y dolor". (Aristides Alfredo Vara Horna, 2006, pág. 184),
Desde la teoría de Erikson (Integridad del yo, Vs desesperación).	Considerando Erikson, que son más propensos a sufrir depresión aquellos adultos mayores que no logren encontrar una autoevaluación positiva de su vida, por lo que se sentirían desdichados, y con desesperación debido a pensar que no lograron lo que desearon. (Santrok, 2006, pág. 37)
Desde el conductismo (Refuerzos positivos)	"Es de importancia que el adulto mayor refuerce constantemente las conductas positivas, porque estas tienden a extinguirse de manera gradual, pudiendo llevarles a una pasividad, desmotivación y finalmente a la depresión". (Fester, 1973; Lewinsohn, 1975). Tomado de (Muñoz Tortosa, 2002, pág.156.)
Desde la teoría cognitiva Aaron Beck	Trastorno del pensamiento que provocaría una distorsión de la realidad, llevándole al individuo a infravalorarse y percibir a sus experiencias pasadas, presentes y futuras en forma negativa y errónea a pesar que no exista ningún indicador que lo confirme. (Lega, Caballo, & Ellis, 2002).

1.10.3 Consecuencias de la depresión en el adulto mayor

Entre los problemas orgánicos se podrían mencionar:

- 1)** Dolores musculares y articulares,
 - 2)** Insomnio,
 - 3)** Pérdida de peso,
 - 4)** Enfermedades varias por el debilitamiento del sistema inmunitario, entre otros.
- A nivel cognitivo y social, la depresión también estaría relacionada con problemas de índole psicológico y cognitivo, incluyendo incluso aquellas causadas por el deterioro de la memoria como el "Alzheimer". (Muñoz Tortosa, 2002).

Factores de riesgo a tomar en cuenta en la aparición de la depresión en el adulto mayor: (Balarezo, psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2010).

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES CONTRIBUYENTES	FACTORES PRESIPITANTES
Personalidades de tipo: • Dependientes • Pasivos – agresivos • Obsesivos	• Económicas • Familiares	• Crisis y problemas propios de la edad
Aprendizajes: • No efectivos en situaciones de tensión	• Grado de instrucción • Actividades laborales y recreativas	• Abandono y desesperanza • Aislamiento
Causas: • Biológicas • Genéticas, • Neurofisiológicas • Neurobioquímicas	• Grupo étnico específico • Jubilación • Violencia • Comorbilidad orgánica y mental	• Muerte de familiares y allegados • Pérdidas económicas • Enfermedades crónicas y dependencia • Discapacidades y disfuncionalidad

(Balarezo, psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2010)

CONCLUSIONES

Al analizar estos referentes teóricos, se puede mencionar que, a lo largo del ciclo vital el ser humano debe pasar por una serie de etapas de inestabilidad y adaptabilidad tanto a nivel físico, orgánico y psicológico; cada fase con sus cambios y limitaciones brindaría a su vez la oportunidad al adulto mayor, de adquirir sabiduría, que la ayudaría a ir compensando con éxito aquellas etapas que de una u otra manera considera no fueron resueltas en aquel tiempo. La depresión en el adulto mayor es otro factor muy importante que debería ser considerado tanto por médicos, familiares y cuidadores que los asisten, ya que esta no es una característica propia de la vejez como muchos suele pensar.

Finalmente, referente a este capítulo, consideramos necesario que se siga brindando mayores oportunidades, reconocimiento y atención integral de parte la entidad pública y privada, como en cada una de las familias y cuidadores que tengan a su cuidado a un adulto mayor, porque el valor humano que ahora brindemos a los mismos será la pauta para que nuevas generaciones de jóvenes cambien sus conceptos y actitudes hacia el adulto mayor en donde quizá estemos también inmersos.

Capítulo II: Psicoterapia

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia dentro de la historia daría inicio a comienzos del siglo XX, con las aportaciones de Sigmund Freud con el psicoanálisis. Cabe mencionar que la misma ha tendido a ser cuestionada debido a que es el mismo paciente quien debe comprometerse y conocer sus verdaderos alcances para encontrar su cura. Consideramos citar un planteamiento hecho por Jerome Frank, al afirma que: "Todas las formas universales de ayuda emocional, desde las primitivas shamanísticas hasta las más inspiradas en constructos teóricos, participan en alguna proporción de elementos comunes como la persuasión y la sugestión que son formas de relación inherentes a la naturaleza social del hombre." (Toro & Roldan, 2004, pág. 438).

Este capítulo estará encaminado para dar a conocer desde una visión global el proceso psicoterapéutico en el adulto mayor, destacando así sus alcances y objetivos a perseguir al momento de empezar un tratamiento psicoterapéutico; pero antes de abordar este tema específico, se considera importante dar a conocer ciertos conceptos generales en psicoterapia, así como sus perspectivas, métodos, técnicas y componentes facilitadores para este proceso.

2.1 Conceptos de psicoterapia

Desde el modelo de la psicoterapia integrativa, Balarezo enuncia que "La psicoterapia es un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos; por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal". (Balarezo, 2007, pág. 8).

Opazo (2001) con respecto a la psicoterapia menciona que: "Este es un proceso activo que se desarrolla en el contexto interpersonal", que se nutre de fuerzas provenientes del paciente, el terapeuta y la relación. En (Balarezo, 2010, pág.34).

Fernández Álvarez, (1996) menciona que las psicoterapias o terapias por medios psicológicos "constituyen un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique." Tomado de Balarezo (2007, Pag.29)

2.2 Psicoterapia desde la psicología clínica

Al existir distintas corrientes psicológicas, generalmente, los psicoterapeutas suelen generarse la siguiente pregunta: ¿Cuál es la mejor técnica para este paciente?; por lo que Balarezo recomienda que: sea cual fuere la técnica tanto en terapia individual, de pareja, familiar o grupal; el principal esfuerzo del terapeuta debe estar dirigido en alcanzar el equilibrio mental de sus pacientes, para lo cual el análisis de sus emociones es el mejor camino y el que nos permitirá restablecer cambios de conductas más funcionales para su bienestar mental. (Balarezo, 2007).

A manera de síntesis en el siguiente cuadro se explica brevemente las diversas variables, objetivos, y técnicas a considerarse en cualquier tipo de terapia.

Cuadro explicativo de las variables a considerarse en psicoterapia:

Orientación	• Afectiva • Cognoscitiva
Tiempo de duración	• Emergencia • Breve • Mediana • Larga
Contenido científico	• Intuitiva • Explícita
Grado de modificación o complejidad	• Superficial • Profunda • Menor • Mayor
Número de participantes	• Individual • Grupal • Múltiple
Objetivo perseguido	• Alivio sintomático • Apoyo emocional • Cambio conductual • Adaptación al medio ambiente • Conocimiento de rasgos de personalidad • Resolución de conflictos • Estimulación de la madurez de la personalidad
Técnica utilizada	• Asesoramiento • Racional • Subjetiva • Asertiva • Aversiva • Hipnótica • Relajamiento muscular • Condicionamiento operante • Aprendizaje intuitivo • Desensibilización sistemática analítica

(Balarezo, Psicoterapia, asesoramiento y consejería, 2007, pág. 23).

2.3 Métodos - técnicas utilizados en psicología

A continuación tomado del libro investigación cualitativa, de castro 2010, se mencionan algunos métodos y técnicas generalmente utilizados para la recolección de datos e información investigativa.

2.3.1 Observación

“Observar es contemplar con detenimiento cómo se desarrolla la vida social, es fijarse y captar las propiedades de los objetos, las modalidades de las cosas y de los hechos observados”. (Castro, 2010, pág. 141). La observación según este autor, permitiría obtener datos al instante del entorno, de la cual hace una aclaración al decir que esta observación en el campo investigativo tiene que ir más allá de una simple mirada, ya que estaría encaminada a examinar atentamente algo con el objeto de determinar su naturaleza y funcionamiento en base de lo que podemos ver y escuchar. (Castro, 2010).

También enuncia un principal peligro en esta técnica que estaría dado por la subjetividad del observador, motivo por lo que se requiere de un máximo rigor y cuidado para dar sentido y criterios más exactos de datos que nos lleve a la verdad. Entre las técnicas de observación de recolección de datos, esta autora menciona que existen diferentes estrategias, de las cuales su utilización dependerá según el grado de estructuración de la observación, el grado de involucramiento, el número de observadores y según el lugar donde se efectúe la observación. (Castro, 2010. cita a Ander Egg, 1997).

2.3.1.1 Según el grado de estructuración la observación puede ser:

- Observación estructurada generalmente utilizada en investigaciones de orden cuantitativo.
- Observación no estructurada también llamada simple o libre, siendo aquella en la que no se utiliza medio de registro de observación, esta suele ser utilizada para detectar aspectos que requieren mayor profundización en donde el involucramiento con la realidad es muy importante.
- Observación semiestructurada que vendría a ser una combinación entre las dos anteriores, utilizada también en investigaciones de orden cualitativo. Este tipo de observación tendría la característica de una estructuración básica de registro que posibilitaría un monitoreo del mismo. Aquí cada ítem tiene un espacio para ampliar la información con comentarios de acuerdo a situaciones que se aprecien en ese momento. (Castro, 2010, págs. 141-142-143-144).

2.3.1.2 Según el grado de involucramiento o contacto, se señalan dos tipos

- **Observación no participante**
Donde el observador no participa en ninguna instancia en la vida social del grupo, solo es un espectador del mismo.
- **Observación participante o activa**
Aquella en la que el observador se incluye dentro del grupo para conseguir información desde dentro, siendo regularmente empleada en investigaciones cualitativas, especialmente en aquellas en donde el propósito es ver y analizar cómo se desarrollan las relaciones interpersonales de un grupo. (Castro, 2010).

2.3.2 Entrevista:

Técnicas preferentemente más utilizadas en investigaciones a nivel social y herramienta muy necesaria dentro del campo de la psicología clínica, debido a que este es uno de los mejores medios para captar aptitudes, necesidades, puntos de vista, observar comportamientos, reacciones etc.; a la vez esta tendría un doble canal; la de observar y la comunicación entre la persona entrevistada y el entrevistador. (Castro, 2010).

En la clínica generalmente esta técnica perseguiría fines y objetivos de orden investigativo, de diagnóstico y terapia. Castro señala diversos tipos de entrevistas, entre estas se mencionan:

- **Entrevista no estructurada o abierta**

En donde el entrevistador tiene una amplia libertad para las preguntas, permitiéndose la flexibilidad necesaria en cada caso particular a manera de conversación; incluso en el caso de existir preguntas establecidas, estas tendrían la posibilidad de realizarse en cualquier orden, sin que afecte los objetivos a seguir.

- **Entrevista estructurada o cerrada**

Cuestionario de preguntas ya previstas y planteadas, por lo que el entrevistador no puede alterar el orden de las preguntas ni los parámetros establecidos por las disposiciones.

- **Entrevista semiestructurada o mixta:**

Llamada también entrevista analítica donde se alternan preguntas ya estructuradas con preguntas espontáneas.

Esta forma de entrevista vendría a ser más completa, porque permite comparar entre los diferentes candidatos; la parte libre permite profundizar en características específicas de cada persona, permitiendo mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información. (Castro, 2010).

2.4 Componentes de una relación terapéutica

La relación terapéutica es considerada como una parte vital dentro de un proceso psicoterapéutico, por lo que diversos autores hacen referencia a que no solo el terapeuta debe tomar en cuenta sus aptitudes y conductas propias, sino también las expresadas por el cliente; por lo que es necesario que el terapeuta sea muy hábil con sus competencias al momento de la terapia para brindar este equilibrio. Según (Goldstein) "No es probable que se produzca un cambio en el cliente si no existe una relación terapéutica efectiva. Una relación terapéutica efectiva proporciona el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención directas logren los efectos deseados". (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, pág. 35).

A continuación estos autores se mencionan algunas de ellos:

2.4.1 Rapport:

Balarezo (2007), la define como, "sensación de comodidad, de entendimiento mutuo, de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre paciente y terapeuta". El rapport es también observable en el paciente a través de expresiones, cooperación, interés y expresión de promesas, temores y conflictos que posea. (Balarezo, Psicoterapia, asesoramiento y consejería, 2007 P.272).

Con respecto a este criterio dentro del campo psicoterapéutico recalcamos igualmente que los primeros esfuerzos deben estar dirigidos a conseguir este equilibrio de relación con el paciente; esto facilitará llegar a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos; caso contrario podría la relación verse afectada incluso en la primera sesión.

2.4.2 La empatía

“Capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta”. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, pág. 51)

Entre los medios verbales de trasmisión de la empatía estos autores mencionan:

- **Mostrar deseos de comprender:** Demostrando que entendemos su problema desde su marco de referencia.
- **Tratar lo que representa importante para el paciente:** Preguntas y afirmaciones breves que den a entender al cliente que conocemos lo que es de más relevancia con relación a sus preocupaciones.
- **Uso de las respuestas verbales referentes a los sentimientos del cliente:** Afirmaciones verbales que reflejen los sentimientos del cliente

Este autor a más de estos medios verbales hace referencia aquellos de las conductas no verbales; esto significaría que, “podemos movernos como se mueve el paciente pero de una manera muy considerada”. Se considera que cuando las posturas del paciente y terapeuta son similares, es más probable que el cliente perciba al terapeuta como más empático. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, pág. 52).

Smith y Hanen (1977); Haase & Tepper (1977), hacen mención a otros medios empáticos de carácter no verbal importantes por ejemplo: establecer el contacto directo con los ojos, verle directamente a la cara al cliente, brazos abiertos hacia el cliente; estas conductas atribuyen con mayor eficacia cuando el terapeuta puede seguir el ritmo de una manera sutil a la conducta no verbal del cliente, es decir: “Moverse cuando se mueve el cliente”. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, págs. 54- 55).

2.4.3 Genuinidad

“Ser uno mismo sin llegar a ser actor”; lo que significaría el ser congruente espontáneo y generar conductas de refuerzo no verbal con el propósito de mejorar la identificación y reducir la distancia emocional entre el terapeuta y el cliente, contribuyendo así a la confianza y al rapport. (William, Cormier & Sherilyn, 2000, pág. 56).

2.4.4 Aceptación positiva

Rogers (1957) “capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de dignidad”. A su vez Raush y Bordin (1957) y Egan (1990) mencionan cuatro componentes en la aceptación positiva: 1. tener la aceptación de compromiso hacia el cliente. 2. Esfuerzo por entenderlo, 3. Eliminar las críticas 4. Expresar una cantidad moderada de protección (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, pág. 62).

2.5 Procesos facilitadores a tener en cuenta en el proceso psicoterapéutico

2.5.1 Lenguaje y conducta no verbal:

La conducta y el lenguaje no verbal en la comunicación como en las relaciones con los demás, se estima tienen un 65% o más de influencia en el momento de comunicarnos. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000).

Knapp (1978, p.38) define a la conducta no verbal como “cualquier suceso humano comunicativo que trasciende de las palabras orales o escritas”.

Passons (1975) indica que: “la conducta no verbal puede describirse con mayor exactitud que sus mensajes verbales”; a esto añade que las

conductas no verbales son más difíciles de ocultar; ya que las palabras al momento de hablar pueden ser manipuladas antes de ser emitidas; “así las conductas no verbales contrariamente son mucho más difíciles de manipular, por lo que un cliente al contar una historia con sus labios, su cara y sus gestos corporales posiblemente expresará todo lo contrario”. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000, pág. 107).

Schutz (1967, pp. 25- 26) en su libro *Alegría: Desarrollo de la Conciencia Humana*, afirma que: “La estrecha conexión entre lo físico y lo emocional es evidente en las expresiones verbales que se van desarrollando mediante la interacción social. William (2000, p.105). Igualmente menciona términos comúnmente utilizados por las personas y que ayudarían a identificar fácilmente la asociación de lo físico con lo emocional, por ejemplo: ser cara dura, tener roto el corazón, llevar la cabeza bien alta, perder la cabeza, etc. (William, Cormier, & Sherilyn, 2000).

Cinco dimensiones de la conducta no verbal que influye generalmente en la comunicación:

Kinestesis	• Gestos • Movimientos corporales. • Expresiones faciales • Movimientos oculares • Postura • Fisonomía corporal y aspecto en general
Paralenguaje	• Características de la voz • Vocalizaciones • Silencios • Errores del discurso
Proxemias	• Uso que hace una persona de su espacio social y personal. • Incluiría el tamaño del despacho • Disposición de las sillas • El contacto • La distancia entre el terapeuta y el cliente
Factores ambientales	• Como percibe el paciente el entorno con: Excitación, aburrimiento, comodidad, o estrés.
Tiempo	• Puntualidad a las terapias tanto al inicio como al final de cada sesión. • Cantidad del tiempo que se dedica el paciente sobre temas particulares.

(William, Cormier, & Sherilyn, 2000)

2.5.2 Transferencia y contratransferencia:

En el proceso de cualquier psicoterapia sea cual fuere su carácter, el terapeuta generalmente deberá tratar de ser consciente en su interior de los movimientos transferenciales y contra-transferenciales. "Estos fenómenos se encontrarían en relación con las experiencias relacionadas del paciente que revive de forma inconsciente en el proceso de psicoterapia (Quindoz,

1999); y en el caso de la contratransferencia, con los fenómenos psíquicos del terapeuta". (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 851).

(Toro & Roldan, 2004, pág. 439). Menciona "el terapeuta deberá utilizar la transferencia en el tratamiento para comprender el proceso en curso y guiar sus intervenciones; sólo será interpretada en psicoterapias de inspiración psicoanalítica, en psicoterapias breves de forma muy limitada y nunca en psicoterapias de apoyo u otras formas de psicoterapia no psicodinámica". Lazaruz y Sadavoy (1996) Plantean con respeto a la transferencia con los adultos mayores, que suele existir una falta de enganche con el terapeuta, debido a que suelen considerarles más jóvenes y por lo tanto inexpertos como para ayudarles en sus problemas. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 851).

Aguera (2006) al mencionar sobre los procesos transferenciales y contratransferenciales indica que "estos son generalmente inevitables pero de gran importancia, siempre y cuando actúen de manera positiva y facilitadora del proceso psicoterapéutico; es decir el terapeuta sabrá dirigir y controlar las emociones y sentimientos afectuosos, tanto del paciente como los suyos propios; formando vínculos positivos y no transferencias negativas que obstaculicen la terapia creando resistencia en el paciente". (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 851).

Brink (1997), en sus estudios encuentra cuatro tipos de relación transferencial en pacientes de edad avanzada, dichas formas de relación serían las que menciono en el cuadro a continuación:

Transferencia parental:	Vivencia inconsciente del paciente de que su terapeuta representa una figura filial. Regularmente este tipo de transferencia suele presentarse con actitudes de protección y respeto hacia su terapeuta quien regularmente es más joven que el paciente; sin embargo podría generarse lo contrario con manifestaciones de reproche, al identificar al terapeuta como un hijo que desatiende sus necesidades. Este tipo de fantasías transferenciales podrían también llegar a ser contratransferenciales y difíciles de resolver, especialmente para terapeutas con poca experiencia al tratar personas ancianas.
Transferencia de igualdad:	Siendo la más deseable en terapia, debido que el terapeuta es percibido en una relación de igualdad, pudiendo establecerse con mayor claridad los roles de cada uno.
Transferencia filial:	Haciendo referencia a las fantasías que sitúan al terapeuta en una posición parental frente al paciente, especialmente dada en pacientes con conflictos de fuerte dependencia y pasividad.
Transferencia sexual:	Con un deseo de seducción y enamoramiento hacia el terapeuta; en dicho caso el terapeuta debe tratar de comprender, el sentido y la fantasía que le da el paciente a esta relación. En caso que estos límites no puedan mantenerse será necesario como en cualquier otra terapia, interrumpir y derivar a otro terapeuta.

(Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 851).

2.6 Psicoterapia y objetivos en la tercera edad

Sobre este tema existen pocos estudios controlados; existe la creencia de muchos profesionales a considerar que las técnicas psicoterapéuticas en esta etapa de vida son menos eficaces, incluso Sigmund Freud, habría expuesto en aquella época, tres razones del por qué estas personas no se beneficiarían de la psicoterapia, mencionando que:

- El adulto mayor, presenta menos flexibilidad de pensamiento y por ende menos capacidad de cambio.
- La experiencia acumulada por los años del paciente, dificultaría de gran manera para que el terapeuta pueda dirigirlo.
- Los adultos mayores dan menos importancia a la salud mental.

Varios estudiosos en el tema del adulto mayor consideran que generalmente los problemas de estas personas son más de naturaleza biopsicosocial, motivo por lo que se considera que la terapia de grupo suele ser en muchas ocasiones la forma más eficaz al momento de buscar cambios en su autoestima y aislamiento social. (Schaie & Willis, 2003, pág. 487).

(Mahoney, 1982) menciona que "el objetivo de la terapia debe ser vinculado al equilibrio, esto es restaurar el funcionamiento diario adecuado, más que examinar síntomas como medio para obtener crecimiento personal, como se puede intentar con pacientes más jóvenes". (Schaie & Willis, 2003, pág. 487).

Con respecto a los objetivos psicoterapéuticos en los ancianos estos deben ser flexibles debido a ciertos trastornos y otros factores que suelen presentar de índole: física, cognitivos, relacionales. Hay que tener muy en cuenta que estos procesos no pretenden conseguir cambios profundos en la personalidad, más bien tratarían de buscar una mejoría en aspectos de:

confianza en sí mismos, mayor independencia, mejor funcionamiento social y familiar. (Schaie & Willis, 2003).

Otro aspecto a mencionar en el uso de la psicoterapia con personas de la tercera edad, es que, esta no varía considerablemente en la psicoterapia ni en las técnicas con adultos jóvenes; más solo deberá evaluarse cuidadosamente factores como: motivación al proceso psicoterapéutico, deterioro cognitivo, personalidad subyacente, así como el plan de tratamiento y cuidados en general; los objetivos terapéuticos en estas personas deben ser intermedios, pero no por eso menos importantes; hay que considerar que lo que esperamos lograr en estas personas es generalmente: mejorar su autoestima, socialización, aminorar dependencia, ayudarle a no deprimirse, en general a mejorar su calidad de vida. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, págs. 487-488- 859). Para conseguir estos objetivos intermedios este autor establece los siguientes parámetros:

- Mejor comprensión e integración del pasado para afrontar el presente en un grado variable según el tipo de psicoterapia.
- Confrontación con los conflictos y ansiedades relacionados con la muerte, así como la posibilidad de integrar mejor las pérdidas irreparables de la vejez.

Krassoievitch (1993), considera cuatro objetivos más que el terapeuta debe enseñar a sobrellevar al adulto mayor, aparte de los problemas sintomatológicos:

1. La capacidad de aceptar y resolver ciertos síntomas.
2. Aceptar que cierto grado de dependencia forma parte del envejecimiento o de una situación específica.
3. Adaptarse a la situación nueva que conlleva el envejecer.
4. Participar en actividades en las cuales el paciente sea capaz de tomar parte.

2.7 Particularidades técnicas de la psicoterapia en el adulto mayor

Autores como Cervilla y Martín consideran que siempre es necesario implementar ciertas características diferentes en cualquier tipo de terapia, a dependencia de las diferencias individuales de cada paciente. Otro aspecto que mencionan recordar antes de realizar una psicoterapia, vendría a ser la capacidad de entender que el adulto mayor puede tener conflictos provenientes de la fase evolutiva por la que atraviesa, pero también de conflictos y emociones que puede tener cualquier individuo adulto. (Aguera, Cervilla & Martín, 2006).

Es habitual también encontrar cierto enlentecimiento a nivel cognitivo, pero este podría estar incrementando por algún tipo de enfermedad crónica, razón por la que es necesario que el terapeuta deba siempre adaptar sus técnicas según las limitaciones que presente cada paciente, en especial si esta es a nivel cognitivo. A continuación de acuerdo a Aguera y Cervilla ciertas pautas y medidas a ser tomadas en cuenta al trabajar con personas de la tercera edad:

- Hablar de forma lenta, pausada y rítmica.
- Permitir el suficiente tiempo de espera entre el final de una idea y el comienzo de otra, tanto al comunicarnos como al escucharlo.
- Las intervenciones deben ser breves y precisas, como de frases y expresiones de estructura sencilla.
- Las condiciones del encuadre deben precisarse con claridad al comienzo del tratamiento como cualquier tipo de psicoterapia con adultos.

Sobre la frecuencia de las sesiones igualmente estos autores mencionan que no existe un número exacto establecidos; varios psicoterapeutas consideran que esta podría ser de dos veces a la semana, pudiendo a la vez realizarse psicoterapias de apoyo como cognitivo-conductuales con una frecuencia quincenal; además hace hincapié que las últimas terapias sean más progresivas para poder asegurar una posible continuidad del tratamiento en el futuro, si las circunstancias la requieren. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

Hay varios expertos que aseguran que cualquiera que sea la naturaleza de la terapia debería ser de corta duración, de seis sesiones a un año. Sobre la frecuencia de las sesiones en cambio aconsejan deberían establecerse con un máximo de dos sesiones por semana, utilizando psicoterapias de apoyo como terapias cognitivo conductuales con una frecuencia quincenal y cierta flexibilidad a cambios en caso de alguna situación crítica. (Aguera, Cervilla & Martín, 2006, págs. 848-849).

2.8 Modalidad de la terapia grupal en el adulto mayor

La terapia grupal puede ser un tratamiento muy adecuado al momento de tratar problemas como: Aislamiento social, sentimientos de inutilidad, inadecuación al entorno etc. La tarea psicoterapéutica grupal con personas mayores, es la misma que en el caso de grupos de cualquier edad; el objetivo estaría dirigido a que cada uno de los miembros, logre una mejoría de sus síntomas, un mayor bienestar o algún tipo de cambio favorable según los casos. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

Algunos terapeutas de grupo como (Lakin, 1988) "conciben a esta técnica como una recreación simbólicamente a la recreación de un grupo familiar que posibilita al paciente realizar un trabajo psíquico en un encuadre correctivo emocionalmente" (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 863). La

terapia de grupo con la terapia individual y multidisciplinaria tiene una gran afinidad siempre y cuando tengan claros sus objetivos, como el tipo de tratamientos y terapias a utilizarse en cada caso. "Este tipo de abordaje hoy en día, se da con frecuencia en hospitales, encontrándose buenos resultados con psicoterapia concurrente de orientación psicodinámica en el caso de pacientes con trastornos depresivos". (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006) Cita a (Schwartz, 2004).

2.8.1 Ventajas de la psicoterapia de grupo en el adulto mayor

Trabajar a nivel grupal, brinda un gran número de beneficios, debido a que esto daría la oportunidad al adulto mayor a favorecer a sus relaciones interpersonales que a veces le suelen ser muy difíciles establecer en esta edad por temor a ser rechazados o juzgados; a su vez, las sesiones en grupo se consideran ayudan a relucir problemas de orden psíquico, que de otro modo nunca hubiera sido posible tratar; a más de ayudar a contagiar sentimientos de humor al resto de participantes, sirviendo finalmente como redes de apoyo.

La terapia grupal además lograría establecer modelos de comportamiento alternativos, ayudándole a desaprender conductas y hábitos disfuncionales, brindándoles alternativas más funcionales de ver la vida; este tipo de terapia es considerada como menos regresiva que la terapia individual, debido a que el paciente suele motivarse al ver a otros en similar circunstancia y positivamente no recaer nuevamente en la depresión y desanimo. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006).

2.8.2. Técnicas de relajamiento muscular aplicado en el adulto mayor

Estas técnicas son muy antiguas dentro de la historia, incluso se le ha atribuido algunas concepciones sugestivas y metafísicas a su utilidad, debido a que no existen estudios concretos a nivel científico que avalúen su verdadera eficacia como recurso psico-terapéutico; se conoce que estas técnicas se derivarían de las experiencias realizadas con la hipnosis, debido a que en este estado se lograría trabajar de manera sugestiva a nivel de aparatos y sistemas del organismo. (Balarezo, Psicoterapia, 2007).

Estudios psicofisiológicos han demostrado que los estados de tensión emocional suelen ser expresados a través de contracciones musculares y modificaciones de los distintos aparatos y sistemas; por lo que se atribuye a la relajación muscular que llevaría a una persona ayudar a suprimir síntomas de contracción y menos manifestaciones angustiosas. (Balarezo, Psicoterapia, 2007, pág. 98).

Las técnicas de relajación tienen distintas formas de aplicación, a pesar que todas seguirían un mismo objetivo; Balarezo las concentra en dos grupos:

- Técnicas que asocian el relajamiento a sensaciones especiales del organismo o a fantasías como las técnicas de Schultz, Berges, Bounes.
- Técnicas que toman la diferenciación de tensión con el relajamiento como el punto de partida. Técnicas de Jacobson, Wolpe y Lazarus.

2.8.2.1 Entrenamiento autógeno de Schultz

Método influenciado a partir de las observaciones del hipnotismo y denominado de autorrelajación concentrativa. Schultz considera que “a través del entrenamiento autógeno se pueden conseguir estados de tranquilidad y ensimismamiento, sin la participación de la voluntad consiente que se caracteriza por ser tensa y activa, sino a través de una “estrategia interior” a determinadas representaciones preestablecidas”. (Balarezo, Psicoterapia, 2007, págs. 97-98-101).

Schultz menciona que este entrenamiento autógeno se efectúa a través de la relajación concentrativa en seis zonas diferentes: Músculos, vasos sanguíneos, corazón, órganos de la respiración, órganos abdominales, cabeza.

A la vez atribuye a la relajación los siguientes objetivos:

- Mayor relajación conseguida por la relajación interna y no por propia imposición.
- Restablecimiento de las funciones como (circulación sanguínea) y aumento del rendimiento de funciones cognitivas como la memoria.
- Supresión del dolor, autocrítica y autodomínio conseguidos por la concentración y visión interior.

Para el entrenamiento de esta técnica, este autor hace referencia a ciertas condiciones y técnicas, como de adoptar una postura cómoda, normalmente sentado en la “postura de cochero”, que consiste en sentarse con el cuerpo y la cabeza inclinados hacia delante y con los brazos apoyados sobre el regazo dejando caer las manos entre las piernas, o si se

siente más cómodo acostado, aunque puede practicar en cualquier postura en la que logre relajar por completo todos los músculos.

Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas como repetitivas y al mismo tiempo, intentar imaginar, dentro de lo posible, de forma intensa lo que sugieren las palabras; de esta forma el estado de relajación del cuerpo vendría acompañado por determinadas sensaciones. Así, por ejemplo: a nivel muscular se suele recomendar comenzar por el brazo, ya que en este nivel posteriormente, este fenómeno tiende a expandirse espontáneamente a otras zonas del cuerpo. (Balarezo, Psicoterapia, 2007).

Descripción de los ejercicios (Técnica):

1. El ejercicio de reposo traslada el cuerpo y la mente a un estado de calma y ayuda a la concentración. Una fórmula típica para este ejercicio sería: "Estoy muy tranquilo. Los pensamientos vienen y van. Nada puede perturbarme".
2. El ejercicio de pesadez provoca una sensación de peso en las extremidades (relajación muscular). La frase para este ejercicio sería: "Mis brazos y piernas son muy pesados".
3. El ejercicio de calor conduce a una sensación de aumento de la temperatura en las extremidades (mejora la circulación). La frase sería: "Mis brazos y piernas están calientes".
4. El ejercicio de respiración intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquilas. La fórmula típica sería: Mi respiración es "tranquila y regular" o "estoy respirando".
5. El ejercicio para el corazón (concentración en los latidos) es aún más relajante. Se emplearía una frase como: "Mi corazón late sosegado y regularmente".

6. El ejercicio abdominal se concentra en el plexo solar y su circulación intensifica la relajación. Las palabras a decirse interiormente serían: "Mi abdomen es una corriente de calor".
7. El ejercicio de la cabeza, se concentra en conservar una mente fresca y sirve para mantenerse despierto y recuperar la concentración. La frase sería: "Mi mente está clara y mi frente está fresca". (Balarezo, Psicoterapia, 2007, págs. 104 - 110).

2.8.2.2 Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

La técnica muscular progresiva de Jacobson es una de las técnicas que tiene la capacidad de enseñar al paciente a mejorar su estado de relajación, a través de aprender a diferenciar entre los estados de tensión y luego de relajación de distintos grupos musculares; de esta forma esta técnica a más de llevar al paciente a un estado de calma y disminución de tensión, también puede ayudar a liberar ciertos problemas afectivos inconscientes. (Aguera, Cervilla, & Martín, Psiquiatría Geriátrica, 2006, pág. 841).

Edmund Jacobson define a su método como una reducción progresiva y voluntaria de la concentración, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular es calificada de local, si afecta a todo el cuerpo, en cúbito, de general" (Balarezo, Psicoterapia, 2007, pág. 119).

-Técnica:

1. Acostarse en un lugar cómodo y tranquilo con los ojos cerrados.
2. Levantar la pierna derecha, estirla hasta que la tensión se haga desagradable. Dejar caer la pierna izquierda.
3. Levantar ambas piernas a la vez, para notar la tensión en el abdomen y la dificultad para respirar que esta origina; Luego notar la relajación y la facilidad para respirar al dejar caer las piernas.
4. Llenar de aire los pulmones y retenerlo para notar la sensación, soltarlo y sentir la relajación.
5. Doblar el brazo derecho y apretar el puño, notando la tensión. Aflojar la musculatura y dejar que caiga para sentir la relajación. Repetir lo mismo con el brazo izquierdo. Repetir con ambos brazos a la vez.
6. Fruncir el ceño y cerrar los parpados, relajarlos; luego, notar ambas sensaciones.
7. Apretar la boca y aflojarla.
8. Contar mentalmente del 1 al 10, tratando de relajarse un poco más con cada número. Cuando llegue al 10 repetir mentalmente la palabra "calma" con cada respiración, con el fin de asociar esta palabra con el estado de relajación en que se encuentra.
9. Salir de la relajación: abrir los ojos. Hacer un par de inspiraciones profundas y flexionar los brazos levantándose lentamente.

2.9 Valoración psicométrica de la depresión en el adulto mayor

Autores suponen que “la valoración psíquica en el adulto mayor está destinado a encontrar y desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales de salud mental que permitan una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía en el adulto mayor”. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 187).

“Las enfermedades mentales que mayormente priorizan dentro de los problemas de salud, suelen ser la depresión y otros trastornos cognoscitivos como: enfermedades orgánicas, factores biológicos, factores psicosociales; o problemas de índole clínico como: Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, tiroides, enfermedades pulmonares y alteraciones de los órganos de los sentidos”. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 187).

Podemos señalar que de esta forma, para realizar una valoración psíquica más completa, no solo es fundamental la utilización de test, sino de otros factores como de la observación de otras variables que el paciente pueda mostrar en la entrevista como estar: desorientado, bajo estado de ánimo, con un comportamiento disfuncional, mala memoria, distorsiones cognitivas, etc.; entre las escalas generalmente utilizadas para medir depresión geriátrica, suelen ser generalmente las más consideradas las siguientes reactivos: La escala del Yesavage, escala de Beck y la escala de Zung, describiendo solo por razones técnicas las dos primeras.

2.9.1 Escala de depresión geriátrica Yesavage

La escala de Depresión Geriátrica del Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) creada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente elaborada para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos de menor valor en estos pacientes. (Aguera, Cervilla & Martín, 2006, pág. 199).

Esta escala tiene una versión original de 30 preguntas, elaborada a partir de una batería de 100 items, de la que se tomó en cuenta los items de mayor validez, eliminando los items de contenido somático; los mismos autores en 1986 desarrollaron una versión más abreviada de 15 items, tomando en cuenta aquellas preguntas del cuestionario que guardaban relación con los síntomas depresivos, hoy en día muy difundida. Con posterioridad también otros autores han presentados versiones aún más abreviadas (4, 5, 10 items). (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 199).

Su administración puede ser grupal o individual, siempre tomando en cuenta las capacidades de lectura comprensiva y visión del paciente al momento de entregarles para su autoaplicación." Esta batería psicológica trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas (si / no) en la que se recomienda contestar de manera rápida y espontánea sin ser muy meditada; a su vez el sentido de las preguntas en este test para su mayor fiabilidad está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido". (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz, & Bousoño, 2004, pág. 60).

Puntaje

- 0-5: Normal
- 6- 9: Probable depresión
- 10 o más: Depresión establecida

2.9.2 Test de depresión de Beck

“El inventario de depresión de Beck (BDI) en su forma original consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta (0 al 3) en función a la gravedad del síntoma; el contenido de los ítems refleja claramente la importancia que los autores dan a los aspectos cognitivos; solo una tercera parte hace referencia a aspectos conductuales o fisiológicos, lo cual supone que se puede adaptar a los puntos de interés de los ancianos; no obstante la inclusión de elementos de tipo somáticos obliga a distinguir entre los síntomas debidos a problemas de salud y los originados por el trastorno afectivo”. (Aguera, Cervilla, & Martín, 2006, pág. 202). Este test de 21 ítems evalúa especialmente síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Este test presenta varias versiones, la más extensa consta de 42 ítems, el orden de esta, ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito. La versión abreviada de 13 ítems es utilizada mayormente en pacientes de la tercera edad por su mayor facilidad de manejo y las alternativas de elección si/ no. (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz, & Bousoño, 2004, pág. 56).

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias corresponden a las distintas gravedades de la depresión.

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: Puntuación media de 18,7 puntos.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

CONCLUSIONES

Se considera que la utilización de psicoterapia en el adulto mayor, en la adultez tardía debe estar especialmente dirigida a generar una mejor calidad de vida, en relación a su adaptabilidad y estado emocional, con cambios sencillos y objetivos alcanzables como realistas.

En consulta se ha podido observar que los pacientes que se encuentran en esta etapa de vida sobre los 70 años, suelen tener mayor inclinación a presentar una transferencia de tipo parental, buscando comprensión y protección en la terapia. Consideramos que si el terapeuta establece desde un principio claramente los roles y objetivos de la terapia, podrá aprovechar en cierta medida de esa transferencia parental positiva.

Capítulo III: Influencia de la Musicoterapia en el Ser Humano

INTRODUCCIÓN

Este capítulo servirá de fundamento previo antes de adentrarnos en la parte práctica de esta tesis. Se ha considerado oportuno describir primeramente los elementos de los cuales está conformada la música, así como de sus usos terapéuticos dentro del campo de la musicoterapia; luego expondremos algunos conceptos de esta, haciendo un recorrido de sus antecedentes históricos y sus diferentes aportaciones, desde lo mágico y religioso, lo pre-científico y científico; ampliando en esta última etapa las aportaciones de Jacques Dalcroze, creador de la terapia rítmica y finalmente explicaremos los beneficios que tiene la musicoterapia aplicada en el adulto mayor; enfocándonos en la teoría y metodología de Rolando Benenzon, Médico Psiquiatra argentino, hoy en día máxima autoridad en el campo músico-terapéutico.

3.1 Parámetros del sonido y elementos musicales

Los parámetros del sonido son el timbre, la intensidad y la duración, todos ellos respondiendo a una frecuencia en forma de onda, amplitud y tiempo, para relacionarse entre sí, dando lugar a diferentes elementos musicales como es el ritmo, la melodía y la armonía; dando así lugar a la estructura musical (Fubbini, 1988).

3.1.1 Sonido y ruido

"Sonido es todo aquello que nos llega al oído debido a la vibración de un cuerpo sonoro, estas ondas pueden ser transmitidas a través del aire, el agua, o un medio sólido". No se puede decir que todos los cuerpos sonoros sean instrumentos musicales, razón por la que se hace una diferenciación entre sonido musical y ruido; se considera que la emisión de onda del sonido de la música siempre serán análogas y continuas, contrariamente a los que suceden en el ruido, que carecería de armonía y de ondas continuas; desde este punto de vista la música tendría las siguientes propiedades: (Vanesa Cordantonopulos, 2002, págs. 7-8-9).

- **Ritmo:** Siendo el tiempo a intervalos constantes y regulares que tiene una melodía en una composición.
- **Melodía:** Sucesión u organización del sonido, a través de un conjunto de notas musicales, tonos, alturas, ritmos y timbres, que a su vez serán percibidos como un todo dentro de un entorno sonoro, compartiendo íntima relación particular con la armonía.
- **Armonía:** Combinación de distintos sonidos y notas superpuestas, que se emitirían conjuntamente con las melodías. Aquí el elemento más importante de la armonía es el acorde, que consiste en una superposición de varios sonidos relacionados entre sí.

3.2 Música y musicoterapia

La música podría definirse como “la forma libre que tiene una persona para combinar los sonidos de manera continua y espontánea, bajo diversos sistemas de composición y estilos musicales; a su vez también se pueden considerar sonidos musicales a aquellas vibraciones que emitirían los instrumentos musicales, incluyendo también aquí el sonido que produce la vibración de las cuerdas vocales cuando cantamos”. (Vanessa Cordantonopulos, 2002, pág. 8). A su vez esta autora hace una explicación al decir que la musicoterapia tendría una relación y un propósito entre: música, paciente y terapeuta, dentro de un proceso sistemático de intervención con el fin de brindar una mejor salud, pudiendo aplicarse la musicoterapia de dos formas:

- **Activa:** Cantar, música y movimiento, tocar instrumentos y audición.
- **Receptiva:** Métodos de relajación e imaginación guiada (visualizando el mundo interior del paciente).

3.3 Musicoterapia conceptos

La Federación mundial de Musicoterapia la define:

“Es el uso de la música y/o de los instrumentos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía), aplicado por un musicoterapeuta calificado para trabajar con un paciente o un grupo de pacientes, para promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas”. (Federación mundial de psicoterapia, 1996, pág. 1).

Serafina Poch define a la musicoterapia como “la aplicación científica del arte de la música; y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta” (Serafina Poch, 2001, pág. 4).

Rolando Benenzon, máxima autoridad en este campo define a la musicoterapia como: “una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro- musicales para establecer para establecer una relación entre el musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad.” (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 25)

3.4 Antecedentes históricos de la musicoterapia

Para comprender el nacimiento y la conformación de la musicoterapia como disciplina, es importante entender que la música es un aspecto intrínseco del ser humano que ha ejercido notable influencia a través de los tiempos y que ha ido variando su aplicación según la cosmovisión y creencias religiosas de cada época y contexto cultural; por tal motivo se dice que la música es tan antigua como la existencia del hombre. Estudios en el tema identifican tres etapas importantes en la evolución de su uso. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

3.4.1 Etapa (Mágica – religiosa)

Las raíces de la música vienen desde la prehistoria, en esta etapa los antiguos ya conocerían las propiedades de la música y la danza, para promover la salud, el bienestar físico y la espiritualidad. “En las civilizaciones totémicas existían las creencias de que cada uno de los espíritus que

habitaban en el mundo, poseían su sonido específico propio, así como los muertos o vivientes tenían su propio canto al cual respondían haciéndole vulnerable a la magia". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, págs. 318-319).

Se podría decir que todas las civilizaciones desde la antigüedad llegaron a reconocer la influencia de la música, de hecho se conoce que las terapias grupales más antiguas son las de los tambores; se ha encontrado en papiros egipcios del año 1500 A.C, la utilización de la música para estimular la fertilidad en las mujeres; incluso la Biblia relata de cómo David utilizaba su arpa para modificar el estado emocional del rey Saúl y sacarlo de su depresión; esta cita aparece en la biblia en (I, Samuel, 16:23), donde dice: "Cuando el mal espíritu de Dios se apoderaba de Saúl, David tomaba su arpa, la tocaba; y Saúl se calmaba y se ponía mejor; y el espíritu malo se alejaba de él". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

También otro pasaje bíblico de San Juan, haría referencia al sonido a través de la palabra refiriendo "En el comienzo fue el verbo y la palabra está en Dios y el verbo era Dios". Existiendo así una serie de leyendas donde el sonido juega un papel importante; por ejemplo, los egipcios creyeron que el Dios Thot creó el mundo solo con su voz y no con el pensamiento (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, págs. 317-318).

3.4.2 Etapa: (Precientífica)

Según el libro de Baso (2009) se conoce que fueron los griegos los que darían a la música un empleo lógico para la cura de enfermedades físicas y mentales, dejando de lado lo mágico y religioso de la etapa anterior, a su vez se menciona que Apolo calificado como el dios de la música y de la medicina comenzaría ya los primeros fundamentos científicos de la musicoterapia; inspirándose a partir de este; otros pensadores como

Pitágoras, desarrollaría los conceptos matemáticos para explicar la armonía de la música en el universo y en el alma humana, pues sostenía que las enfermedades mentales eran resultado de un desorden armónico del alma y que la música tenía el poder de restaurarla; después Platón creía que la utilización de la música y la danza podían eliminar las fobias y temores; luego Aristóteles influenciado por Platón, sería el primero en teorizar la influencia de la música en los seres humanos, y su valor médico de este.

Entre otras aportaciones en esta etapa Baso hace mención a:

- San Basilio con su obra titulada "Homilía", recalcando que la música es capaz de calmar las pasiones del espíritu.
- Severino Boecio quien en su obra más importante "De instituciones Música", retoma la doctrina ética de la música que señalaba Platón: "por su naturaleza la música es consustancial a nosotros, de tal modo que, o bien ennoblece nuestras costumbres o bien las envilece".
- Ficino en el siglo XV pretendería dar una explicación física a los efectos de la música, articulando la música con la medicina, la filosofía, la magia y la astrología. Este autor recomendaba que la persona melancólica debiera interpretar música.
- Burton en el siglo XVII continuaría con los estudios de los efectos de la música en la curación, tomando como base estudios anteriores.
- En el siglo XVIII, ya se hablaría de los efectos triples de la música sobre las fibras del organismo, atribuyendo a la música un efecto triple como: incitante, calmante y armonizaste. (Bazo, 2009).

A partir de esta época hasta finales del siglo XIX se empezarían a estudiar los efectos que causan la música en el organismo, pero de una manera más científica destacándose estudiosos como:

- Richard Brown: Con la obra llamada "Medicina Musical" donde estudiaría la influencia de la música en problemas respiratorios. Contraindicando su uso en personas que presentaban neumonía o procesos inflamatorios en los pulmones, pero recomendando en aquellos que sufren de asma crónica, ya que ayudaría a que los ataques sean menos frecuentes.
- Pierre Buchoz, precursor de algunos de los principios Iso mencionaría que "para curar los temperamentos melancólicos secos, debe primero empezarse el tratamiento con tonos musicales bajos y elevarse luego insensiblemente hasta los más altos; con esta gradación armónica se podrá conseguir que las fibras acostumbradas a estar tensas, adquieran un grado de vibración y se aflojen paulatinamente". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 322).
- El psiquiatra francés Esquirol y el médico suizo Tissot, demostraron cómo la música podía calmar el dolor físico, haciendo olvidar a los enfermos su dolencia, aun cuando no se podía suprimir la causa del mal; estimando Tissot que únicamente en los pacientes epilépticos era contraindicada la música, pues a menudo podría provocar directamente el ataque. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 323).

3.4.3 Etapa (Científica)

Fue al final del siglo XIX, con la aparición de estudios científicos, en donde se pudo demostrar los efectos que ejercía el sonido en el ser humano a nivel fisiológico, afectivo y mental, como a través de las cualidades de la música (sonido, silencio, ritmo, melodía y armonía). Entre algunos personajes que aportaron para su desarrollo se menciona a los siguientes.

Emile Jacques Dalcroze

Creador de la rítmica y precursor de la musicoterapia, indica que el organismo humano puede ser educado de acuerdo al impulso de la música. Dalcroze unió los ritmos musicales y corporales; este método de trabajo ha sido especialmente utilizado con los niños para la enseñanza musical; sin embargo este autor manifiesta que la aplicación no tiene edades, ni discrimina aquellas personas que puedan presentar discapacidades, pues todo lo contrario, el beneficio de este método puede ser utilizado en diferentes ámbitos y no solo puramente musical. (Bazo, 2009).

Según Silvia Del Bianco (En Díaz, 2012) "este método es multidisciplinario, relacionando música y movimiento corporal. El solfeo musical en el espacio posibilita visualizar las diferentes nociones musicales. El aprendizaje se realiza en grupo, trabajando capacidades de adaptación, imitación, reacción, integración y socialización" Este método fomentaría la educación auditiva activa, con la ayuda del movimiento y conciencia del cuerpo, aprendiendo a improvisar corporal y musicalmente; para lo cual también es de mucha ayuda la utilizando de material auxiliar como: pelotas, aros, cintas, pentagramas en el suelo, pañuelos... o pequeña percusión como panderos, claves, crócalos etc. (Anna M. Vernia, 2012, pág. 2).

Dalcroze opinaba que la música no se oye solamente por el oído, sino con todo el cuerpo, y que todas las facultades humanas como la memoria, la atención, la concentración, la coordinación, el desenvolvimiento social y personal y la atención deben poder auxiliarse recíprocamente, dándose un equilibrio y armonía a través de actividades que actúen en concordancia del cuerpo y la mente. (Anna M. Vernia, 2012, pág. 2).

Edgar Willems:

Pedagogo terapeuta; sus estudios investigativos estarían centrados en la relación que existe entre el hombre y la música a través de las diferentes épocas y culturas, así como también de los principios de vida que tendría el ser humano a través del movimiento y de la voz. Willems mencionaría que la música es un todo, y que la música a través de sus cualidades: ritmo, melodía y armonía; afectaría en diversa proporción en la vida fisiológica, afectiva y mental de una persona. (Bazo, 2009).

En el libro de (Ducourmeau, 1988, pág. 54) así como en el libro de (Benenson R, 1997, pág. 106) hace mención a las investigaciones realizadas por Willems en 1981, en donde mediante experimentos se ha encontrado que la música, a través del ritmo, melodía y armonía, son capaces de afectar en diferentes medidas en la vida de un individuo tanto a nivel fisiológico, afectivo, y mental.

Karl Orff:

Para sus estudios toma como base el movimiento corporal, utilizando el cuerpo como elemento percusivo y el lenguaje en su forma más elemental. Para este investigador la creatividad unida al placer de la ejecución musical permitiría un aumento de confianza, autoestima, a más de una buena relación con el terapeuta. (Bazo, 2009).

Juliette Alvin:

Pionera en el campo de la musicoterapia, Ella brindaría ya un concepto mencionando que "la musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales" (Bazo, 2009, pág. 19).

Rolando Benenzon:

Médico Psiquiatra y compositor argentino, hoy en día considerado como el máximo representante en el campo musicoterapéutico en el mundo, fundó en 1966 la escuela de musicoterapia en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador en Buenos Aires Argentina. Benenzon se ha destacado en esta área debido a su miramiento del diagnóstico a través de la música; sin embargo hay que añadir que gran parte de la inspiración de este investigador, como él mismo menciona en sus obras, fue gracias a las aportaciones y estudios de Juliette Alvin. . (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

Sobre la influencia musical en el ser humano, este autor considera que los sonidos y la música estaría influenciando durante toda la vida de una persona, incluso desde el momento mismo de la concepción con los primeros movimientos del embrión al unirse el ovulo con el espermatozoide. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

3.5 Fundamentos de la musicoterapia

3.5.1 Fundamentos biológicos

Benenzon en su libro "Musicoterapia de la teoría a la práctica", hace referencia a una serie de Investigaciones tanto en el campo investigativo como terapéutico, permitiendo entender algunos hechos fenomenológicos de la música como implemento terapéutico. Entre las experiencias realizadas en este aspecto mencionamos aquellas que se realizaron en cultivos en una granja de Illinois (Estados Unidos); donde se colocó en dos invernaderos semilla del mismo tipo y en condiciones idénticas, con la única diferencia de que en uno de los invernaderos se pasaba música clásica con altavoz durante las 24 horas del día; y se observaron los siguientes resultados:

- En el invernadero que tuvo como influencia la música, se observó había germinado con mayor rapidez el maíz, tenía un mejor peso y el nivel de fertilización de la tierra se había elevado.
- Aquellas plantas que se encontraban cerca de los parlantes, se habían marchitado por la influencia directa de las vibraciones del sonido.
- A la vez se descubrió que las vibraciones del sonido musical habían destruido ciertos parásitos que afectaban a la planta de maíz.

En veterinaria igualmente un experimento llevado a cabo con música clásica, dio a conocer que las vacas gustan mucho de la música de Mozart, debido a la mayor cantidad de leche que producían; y que, en cambio, la música de Wagner inhibía la producción de esta.

Wilhelm Richard Wagner (Leipzig 1813), fue compositor, director de orquesta, poeta, dramaturgo y teórico musical; ha dedicado casi toda su ciencia a restaurar la ópera alemana del Romanticismo. Fue creador de varias obras, entre las más destacadas se puede mencionar:

El Holandés Errante escrito en los años 1940 y 1941, La ópera de Parsifal que trata de la búsqueda del Santo Grial, tema poco operístico pero que lo adapta a la ópera, entre otros. Spence (1979), su agresiva personalidad sobre la música, la política y la sociedad; lo convirtieron en un personaje polémico y destacando por utilizar una orquesta sinfónica de proporciones muy superiores a las que tenían las habituales orquestas de ópera. Las obras de Wagner, especialmente las del último período de su etapa romántica, destacan por su textura contrapuntística, riqueza cromática, armonía y orquestación; la influencia de Wagner se extendió también a la filosofía, la literatura, las artes visuales y el teatro. (Spence, 1979).

Otros estudios realizados a finales de 1880, Haller, encontraría que el redoble del tambor aumenta el flujo de sangre que escapa de una vena abierta. En cambio J. Dogiel en un trabajo científico, utilizó tonos aislados producidos por diapasones, instrumentos de cuerda y de viento, sobre animales y el ser humano, con la finalidad de medir luego la presión sanguínea y la acción cardíaca que presentaban estos; en sus conclusiones encontró que tanto los animales como el hombre reaccionaban a los estímulos de los sonidos con mayor aceleración cardíaca y aumento de la presión, con una variación de mayor influencia en los animales lo cual en el hombre era muy variable. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, págs. 48-49).

En experimentos con el ADN y EL ARN, se ha descubierto que, mediante determinados sonidos se puede inhibir en forma reversible la biosíntesis de las proteínas, purinas y pirimidinas en las células vivientes, provocando cambios en el ácido desoxirribonucleico. (Benenzon, 2011).

Según Despins (1989) menciona que: "el ritmo musical estimula los dos hemisferios cerebrales. El hemisferio derecho recibe el estímulo musical y el izquierdo interpreta y controla la ejecución". (Asociación Pro Música de Valladolid, 1999, pág. 4) Cita a (Despins, J.P. La música y el cerebro. Ed. Gedisa. Barcelona.1994).

Científicos como Masaru Emoto y Fabien Maman, han logrado demostrar la influencia de los sonidos acústicos en los campos de energía en las células humanas sanas y enfermas, para su experimento mencionan de la utilización de la cámara Kirlian, la cual les ayudó a visualizar que “al emitir una onda sonora específica, las células enfermas generalmente estallaban, mientras que las células sanas permanecían todas intactas y que aún más, sus campos sutiles de energía cambiaban de acuerdo al tono y timbre de cada nota musical y que cuando la célula sentía afinidad vibratoria con cierta nota, su esplendor era mayor”. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 51).

En otra experiencia Masaru Emoto enseñó los efectos del sonido en el agua; “en su experimento tocó música clásica y canciones folklóricas del Japón y de otros países por medio de parlantes que se encontraban dirigidos hacia el agua, después procediendo a congelarla para comparar la estructura cristalina de sus muestras, pudiendo observar que cada pieza musical formó diferentes cristales hermosamente geométricos; y cuando tocó música metálica pesada, la estructura cristalina del agua formaba figuras desagradables incluso varias de ellas se quebraban”. (Instituto Cosmobiótico, 2007).

A nivel de neurotransmisores, se conoce que estos son como palabras; y el hablar, pensar, sentir y actuar no sería posibles sin ellos. La utilización de la musicoterapia estaría dirigida a ayudar de manera más natural a que estos segreguen cantidades adecuadas de sustancias. (Bazo, 2009, pág. 23).

3.5.2 Fundamentos psicológicos

La perspectiva de la musicoterapia a nivel psicológico llegaría a ser uno de los temas de mayor controversia, debido a que contadas veces el psicoanálisis ha tomado a la música como objeto de su investigación, posiblemente debido a:

- R. Sterba señala que; "La música no representa en sí a los objetos del mundo exterior, como la mayoría de las demás artes; y son justamente estos objetos y sus mutuas relaciones los que constituyen el tópico del psicoanálisis". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 52).
- La música es de naturaleza afectiva, pudiendo determinar un significado consciente diferente para cada persona.
- Según la biografía "Freud" menciona que sus padres hicieron desaparecer el piano, debido a que mencionaba Freud que, le impedía concentrarse en su trabajo; este tendría un antecedente en su infancia, pues parece que los estudios de piano de su hermana le impedían también estudiar.

Para poder entender los fundamentos psicológicos de la musicoterapia, Benenzon en su libro, "Musicoterapia de la teoría a la práctica" considera necesario abordar diversos estudios y experimentos que se han realizado, incluso desde el mismo instante del desarrollo en la vida intrauterina; además considera que desde el momento mismo de la fecundación, al anidar el óvulo en el útero, este ya se encuentra influenciado por las pulsaciones del latido cardíaco de la madre y las diversas sensaciones y movimientos de la pared uterina; de esta forma estos fenómenos serán percibidos por el feto a nivel vibracional, donde el factor más importante es el movimiento.

Observaciones investigativas han podido constatar que el niño suele mamar más tranquilo y en calma generalmente del pecho, donde se sienten los latidos del corazón de la madre. Aún más, estudios han determinado que los movimientos rítmicos de la succión del recién nacido están en relación con el propio ritmo cardíaco. Tomatis en un experimento comprobó que el feto puede reconocer la voz de la madre, método que luego fue utilizado para el tratamiento de niños con dislexia, donde se pasó a través de un filtro la voz de la madre que daba la sensación de ser transmitidos por un medio acuoso, comprobando que el niño solo reconocía las palabras de su propia madre pero no de otra. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

A su vez Oswald, Taylor y Treisman en otro experimento comprobaron cómo el psiquismo podía diferenciar sensaciones auditivas durante el sueño; para sus experimentos, indujeron a personas al sueño, mencionando distintos nombres mientras estaban dormidos no obteniendo respuesta alguna, sino hasta el instante que pronunciaron el nombre propio de la persona dormida.

- En otro ejemplo un molinero se despierta cuando el molino deja de funcionar, por lo que quiere decir que la falta de un estímulo auditivo cotidiano también puede provocar el despertar.
- El sonido representa muchas de las veces una defensa tranquilizadora ante situaciones de estrés y miedo, por ejemplo quien no ha llegado a cantar, silbar, hacer ruidos con la boca, las manos, los pies o golpear objetos, como esferos, en momentos de angustia. . (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, págs. 52-53-54-55).

Feré de la Salpetrière realizó en cambio estudios con respecto a la influencia de la música en la capacidad del trabajo, donde para su estudio se valió del ergógrafo de Mosso, instrumento creado por el sabio italiano del mismo nombre “Ángelo Mosso”; en su experimento pudo observar que:

1. Que en especial los estímulos rítmicos consiguen aumentar el rendimiento corporal.
2. El efecto estimulante de la música en tonos mayores, era positivamente superior al producido por las piezas musicales en tonos menores.

3.6 Musicoterapia y salud mental

La musicoterapia y su relación con la salud mental son posibles a partir de la búsqueda de alternativas de tratamiento en las enfermedades psíquicas. “Hasta la década de los 60, este campo de las enfermedades de la mente solo había estado en manos de la psiquiatría clásica; con la aparición de tratamientos nuevos y las concepciones psicoanalíticas a la clínica hospitalaria, empezarían a desarrollarse otras especialidades no psiquiátricas al tratamiento de los pacientes; así en 1983 la musicoterapia encontraría su lugar legal de reconocimiento dentro de la estructura de la Salud Pública”. (Gallardo, 2011, págs. 25-26).

“La musicoterapia para tal fin, se valdría de recursos exclusivos como del sonido, la música, la voz, los instrumentos musicales, además de todas las formas rítmicas y acústicas expresadas o vivenciadas a través del cuerpo; los objetos, y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, adición y comunicación”. A su vez el abordaje en salud mental, basados en estas acciones expondrían de manera directa las problemáticas y los síntomas patológicos de cada paciente. (Gallardo, 2011, pág. 26).

3.7 Aplicaciones e influencias de la musicoterapia en el adulto mayor

La musicoterapia ha sido poco explorada en este campo, sin embargo se está obteniendo resultados asombrosos, debido a que positivamente las personas en esta etapa de la vida tendrían un mayor enfoque dirigido a su interioridad, pero negativamente estarían más expuestos al aislamiento con disminución de su autoestima. "Trabajar con musicoterapia con personas mayores significa, que el terapeuta debe propiciar un espacio donde la persona pueda crear, jugar, expresarse encontrándose con sus sonidos y compartiendo con otros". (Bazo, 2009, pág. 123).

Se considera de manera positiva que la musicoterapia puede actuar como un generador de nuevos pensamientos a partir del trabajo creativo, en donde las personas tendrían la oportunidad de recuperar su mundo pasado para organizar en su presente, reconstruyendo de una manera más funcional su historia sonora. (Bazo, 2009); entre los benéficos de la musicoterapia mediante la utilización del ritmo, la melodía y la armonía, Benenzon y varios autores como Willems, Susana Satinoski mencionan la distinta influencia de la música tanto a nivel fisiológico, psicológico-emocional y social.

3.7.1 El ritmo y su influencia a nivel Fisiológico

Benenzon en su libro, Sonido- comunicación terapéutica, hace mención a los estudios de Edgar Willems, quien considera que el ritmo en musicoterapia es como el pulso de la vida, por su capacidad de afectar positiva o negativamente a todos los estados fisiológicos de un individuo. (Benenzon R, 1997, pág. 196).

Desde un punto de vista curativo, al ritmo se le considera capaz de restablecer las pulsaciones normales y saludables en una persona, así como brindarle una mejor postura, mayor flexibilidad corporal, manejo de la respiración por medio de la emisión vocal. Se menciona que cuando un individuo se expone a un ritmo uniforme y estable, se desencadena una resonancia saludable (Resonancia: Sonido que se produce por la repercusión que produce otro sonido), sin embargo su mal uso podrían influir negativamente a nuestros ritmos internos causando desajustes nocivos. (Andrews, 1993).

Beneficios del ritmo en el ser humano:

- Regulación del ritmo cardíaco y respiratorio.
- Regularizando el flujo sanguíneo, como la tensión arterial.
- Interviniendo en las secreciones glandulares y las funciones gástricas.
- Activando el sistema inmunológico.
- Influencia en los ritmos eléctricos del cerebro e incluso puede disminuir desequilibrios nerviosos, entre otros. (Andrews, 1993).

Entre los instrumentos musicoterapéuticos para trabajar en procesos de curación a nivel fisiológico, autores como Andrews, Benenzon y otros mencionan al tambor, las maracas, los gongs; como también cierta música como la barroca; acreditando que esta posee un ritmo tranquilizador como revitalizador, ayudando a quien lo escucha a restablecer muchos aspectos orgánicos como mentales; incluso algunos autores como Willems y otros musicoterapeutas con una visión oriental, atribuyen la influencia de los ritmos, especialmente los de percusión, a influenciar en los centros básicos de los chacras corporales, cuyos centros se encontrarían vinculados a las funciones del sistema circulatorio, las suprarrenales, sexualidad, a más de la vida espiritual. Debemos recordar que dichos procedimientos, ya fueron utilizados de manera empírica hace décadas. (Andrews, 1993, págs. 29-30-31-32).

3.7.2 La melodía y su influencia a nivel psicológico – emocional

“La melodía constituye el segundo aspecto que posee una canción y su influencia estaría vinculada mayormente a las emociones; en cualquiera de sus formas la melodía, recitada, cantada o interpretada mediante un instrumento, tendría la capacidad de alterar o calmar estados emocionales y mentales”. Como por ejemplo podríamos recordar cuando de muy niños nuestra madre nos cantaba o tarareaba una canción para aminorar el dolor, calmarnos y ayudarnos a dormir. (Andrews, 1993, pág. 33).

Las interpretaciones de canciones significativas como las realizadas de manera de improvisaciones, estarían vinculadas a promover la expresión de las emociones, que por lo general son aspectos que no suelen aparecer en los diálogos verbales. Se sabe que las emociones fisiológicamente ocasionarían a que el cerebro dé la orden al organismo de liberar sustancias beneficiosas o contraproducentes para una persona, pudiendo causarle de manera negativa por ejemplo: depresión, angustia, estrés, ansiedad; o contrariamente: relajación, alegría o sensación de equilibrio psíquico. (Bazo, 2009, pág. 126).

Beneficios de la melodía en el ser humano:

- Reducir la sensación del dolor
- Problemas de insomnio
- Mejorar el estado emocional
- Promueve a la relajación
- Promover la creatividad
- Entre otros

3.7.3 La armonía y su Influencia a nivel mental

La armonía como cualidad englobaría tantos los aspectos físicos, emocionales y mentales del sonido, incluso abarcando el área espiritual. Andrews señala: "En el campo de la curación, cuanto más simple sea la melodía mejor; al igual que en la melodía, la relación de un tono con otro se refleja por medio de la armonía". (Andrews, 1993, pág. 35).

Beneficios de la armonía en el ser humano:

- Establecer una conexión armónica entre mente y cuerpo
- Alcanzar estados de conciencia más elevados

Investigaciones relacionadas con la armonía y sus efectos, han establecido una relación entre la música clásica, especialmente compuesta por Mozart, con ciertas funciones cerebrales e intelectuales en los niños; se considera que posiblemente, sus tonalidades en notas mayores simples como precisas, su simetría musical, armónica y frecuencia; tenga algo que ver en el cerebro humano, especialmente en zonas ubicadas en el hemisferio derecho, lugar donde radican las funciones espacio temporales. (Bazo, 2009).

Entre estas melodías se citan las siguientes:

- Sonata de Mozart para dos pianos en re mayor, o los conciertos para violín 3 y 4, atribuidos a causar efectos positivos a nivel cognitivo.
- Sonata de Mozart K448, sonata en piano en sol mayor #5 allegro.
- serenata n 13 en sol mayor Mozart.

A su vez, se le atribuyen beneficios a las composiciones de carácter melódico de Bach, Vivaldi, Chopin, etc. Para el insomnio se atribuye que las obras de Chopin tendrían efectos muy positivos entre las que se menciona: Canción de Cuna y nocturnas de Chopin (op.57; op.15; op.22; op.32; op.62). (Bazo, 2009, págs. 73-109-127).

3.8 Musicoterapia desde el modelo de Benenzon

Rolando Benenzon, Médico Psiquiatra y Músico, define a la musicoterapia:

"Proceso psicoterapéutico que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo - sonoro - musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida, recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011 pag.25).

La musicoterapia por Benenzon, está considerada como una forma de psicoterapia, cuya acción fundamental sucede especialmente en el ámbito de lo subconsciente e inconsciente, tomando como punto de partida lo verbal y especialmente lo no verbal.

- **Terapia verbal:** Donde por medio de la expresión de canciones y melodías el cliente o paciente, expresa de manera subconsciente sus vivencias, a través del lenguaje.
- **Terapia no verbal:** Donde se incluiría de manera inconsciente lo no verbal, y que por medio de los gestos, posturas y los sonidos que hacemos, demostraríamos de la forma más sincera de lo que sentimos en ese momento. (Benenzon R, 1997).

3.8.1 Principios fundamentales de Benenzon

Algunos de los principios fundamentales en musicoterapia son los postulados por Rolando Benenzon, y son: Principio del Iso, principio del objeto intermediario y principio del objeto integrador. Este autor aclara que cada uno de estos conceptos están sustentados en base a teorías de: Freud, Jung, Lorenz, Winnicott, Watzlawick (Palo Alto) y Firioni. (Benenzon, Musicoterapia de la teoria a la practica, 2011, pág. 67).

3.8.1.1 Principio del Iso

Benenzon (1998) define el Iso como el “conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenece a un individuo y lo caracteriza”. Este movimiento constante estaría generado por las energías sonoras heredadas a través de las estructuras genéticas, vivencias vibracionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias adquiridas desde el nacimiento hasta la edad adulta” (Benenzon, Musicoterapia de la teoria a la practica, 2011, pág. 67).

Este principio partiría de la igualdad o similitud, misma, teoría de la que se vale la terapia homeopática deducida por Altshuler, quien mencionaba que lo igual actúa sobre lo igual; por ejemplo: “desde la teoría de Benenzon, distintas investigaciones han demostrado que los pacientes depresivos se conectan mejor con la música triste y de ritmo lento, que con la música alegre. Igualmente un niño hiperactivo o un paciente maniaco, necesitarían de una música movida y rápida para llegar a disciplinarse y paulatinamente calmarse”. (Benenzon R, 1997, pág. 19).

Benenzon considera que el Iso es dinámico en constante movimiento, originada de los procesos de comunicación de un individuo. En terapia el verdadero acto de comunicación se daría cuando tanto el terapeuta y

paciente se reconocen y diferencian sus Iso, es decir, cuando el terapeuta llega a coincidir con el tiempo mental y sonoro del paciente. (Benenzon R, 1997).

Benenzon (1992) ha clasificado el Iso, o identidad sonora en:

- **Iso gestáltico:** Es un conjunto integral de sonoridades que caracterizan a un individuo.
- **Iso cultural:** Identidad sonora propia de una comunidad.
- **Iso universal:** Estructura sonora que caracteriza a todos los humanos, como: sonidos del corazón, respiración, flujo sanguíneo, etc.
- **Iso grupal:** Es la suma de los Isos gestálticos de los miembros de un grupo con determinados objetivos.
- **Iso complementario:** Cambio momentáneo del Iso gestáltico a partir de las circunstancias del momento.

3.8.1.2 Objeto intermediario y objeto integrador

El **objeto intermediario** según Benenzon, "es todo instrumento capaz de generar terapéuticamente una relación mediante la comunicación sin desencadenar estados de alarma intensos"; por su parte el **objeto integrador** ha de poder liderar a los otros instrumentos, permitiendo que estos se interrelacionen entre sí, sirviendo también de vínculo entre los pacientes y el musicoterapeuta, este objeto está ligado al Iso grupal y al Iso cultural; estos instrumentos generalmente son instrumentos de gran tamaño y pertenecen a la clase de los membranófonos, sirviendo para la percusión.

En general, para que un instrumento sea adecuado en musicoterapia, este deberá ser sencillo de manejar, estimulante, de un sonido expansivo y tener gran potencia sonora; tanto desde el punto de vista rítmico como sonoro e estimulante para ser utilizado como objeto intermediario; entre los que

reúnen estas condiciones son según Benenzon (1992) los bongos, las congas y los platos. Benenzon hace una clasificación de los distintos instrumentos recomendados para utilizar en musicoterapia según un orden evolutivo que mencionamos en el cuadro a continuación. (Ver en tabla #4) (Benenzon R, 1997, págs. 72-73-74-75).

3.8.1.3 La regresión

La regresión tiene una tendencia psicoanalítica, según Benenzon, "consiste en un retorno hacia un modo antiguo de satisfacción, pudiéndose considerar como un mecanismo de defensa del yo". El contexto no verbal que brinda la música, sería el estímulo que permita la vivencia de situaciones materno - infantiles o paterno - infantiles gratificantes; este autor menciona algunas formas de llegar a estos estados regresivos; por ejemplo, el escuchar el latido del corazón, del agua y la respiración. Por otro lado haría referencia al contexto no verbal, formado por todos los instrumentos sonoros musicales de movimiento, como de los fenómenos acústicos. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 41).

Clasificación de los instrumentos en musicoterapia:

INSTRUMENTOS	
Corporales	El cuerpo como objeto sonoro: percusión corporal voz
Naturales	Sonidos de la naturaleza: Agua, viento, canto de las aves.
Cotidianos	Todo objeto cotidiano capaz de producir un sonido: Globos, botellas, vasos, cucharas, etc.
Creados	Aquellos contruidos por los propios pacientes: Sin importar el material utilizado.
Musicales	Convencionales: Guitarra, charango, piano, violín, etc. No convencionales: Instrumentos no conocidos por los pacientes porque pertenecen al mundo cultural.
Folklóricos	Propios de la civilización, autóctona: palo de lluvia maracas bombo Otros.
Primitivos	De origen antiquísimo: gongs triángulo campanas
Electrónicos	Uso de corriente eléctrica y salida a parlantes: Guitarras eléctricas

Tabla 4. Instrumental de la Musicoterapia. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011)

Capítulo IV: Programa de Musicoterapia Grupal para Pacientes de la Tercera Edad con Depresión Moderada

4.1 Datos del centro

En nuestro país se consideran de la tercera edad, aquellas personas que sobrepasan los 65 años de edad. Existen varias instituciones, proyectos y sedes dirigidas a optimizar sus capacidades y potencializar sus habilidades, como es el caso de la Sede de Servicios Sociales de la Tercera edad del IESS de la ciudad de Cuenca, ubicada en la parroquia San Blas, antiguo edificio del IESS, donde acuden aproximadamente 1500 personas, las cuales al momento de ingreso son valoradas de manera integral, para luego ser incentivadas a integrar las distintas actividades recreativas que ofrece esta institución como: bailoterapia, cocina, computación, talleres de memoria, guitarra, entre otros.

De acuerdo a información obtenida de la coordinadora del centro la Soc. Martha Ugalde y del Psicólogo del centro el Dr. Jorge Ipiales se sabe que: "Las demandas de ayuda psicológica en el adulto mayor, son incluso mayores a aquellas ocasionadas por causas orgánicas y físicas; por lo que se ha encontrado que gran parte de estas personas tienden a presentar un sin número de problemas emocionales como: baja autoestima, sentimientos de desvalía, soledad, aislamiento, nerviosismo, insomnio, tensión muscular, como cuadros depresivos". A su vez la coordinadora del centro, nos daría a conocer la misión y visión de este centro.

- Misión del centro:

“El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte; en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social”.

-Visión del centro:

“El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece”.

4.2 Metodología del proceso

Esta investigación se basó en un proyecto cualitativo, cuantitativo y de aplicación; a esta institución acuden alrededor de 1500 personas jubiladas, de las cuales se tomó como muestra a 520 adultos mayores hombres y mujeres con edades entre 60 y 80 años ya evaluadas anteriormente por el centro con el test “Yesavage”, (ver test en el anexo # 2), tomándose en cuenta para nuestro estudio a 110 personas que abrían presentado probable depresión, a partir de esta muestra se verificó en la historia clínica de los pacientes, sus condiciones tanto a nivel físico como cognitivo; luego se procedió a llamarles para indagar más sobre su estado de salud emocional y explicarles sobre este taller, acordando así una cita de manera voluntaria para una entrevista.

Como paso siguiente en la selección del grupo, se vio la necesidad de crear un cuestionario con preguntas mixtas, basado en los criterios de inclusión y exclusión establecidos con anterioridad (Ver cuestionario anexo #1), luego

de esta selección se procedió aplicar de manera individual y voluntaria la escala de Beck para la depresión de 21 ítems, donde se incluyeron aquellas personas que puntuaron de 19 a 30 puntos que determinaría una depresión moderada (Ver test en anexo #3); quedando así 28 adultos (25 mujeres y tres hombres) como candidatos, en esta proporción a quienes se les llamó para una nueva entrevista donde llegaron aceptar el programa 24 participantes mujeres a quienes se les procedió a entregar para que firmen un consentimiento informado como voluntaria a seguir el programa propuesto.

Las 24 personas fueron divididas en dos grupos, uno de 13 personas por la mañana y otro de 11 en la tarde, según sus posibilidades de asistencia. Luego de establecido los grupos se les aplicó una ficha de preferencias musicales que se elaboró a partir de un modelo de ficha encontrado en el libro de Rolando Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011 (ver ficha anexo #4); esta tendría la finalidad de conocer los distintos aspectos del Iso de los participantes como sus preferencias musicales al estar tristes o alegres. También se elaboró una ficha individual y otra grupal con la finalidad de monitorear las sesiones y ciertos aspectos y cambios conductuales. (Ver fichas en anexos #6 y #7).

A continuación se presenta de manera gráfica y explicativa los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de Beck que se realizó a los 24 participantes; también se hace una relación con ciertas características presentes en el grupo con la finalidad de evidenciar ciertos parámetros que llevarían a una persona a tener mayor predisposición a la depresión, entre estas se menciona: estado civil, edad y grado de escolaridad. Se presentan además de manera gráfica los datos obtenidos en las preguntas realizadas en la ficha musical o de preferencias musicales.

Resultados estadísticos obtenidos de la aplicación de la escala de Beck antes de la aplicación del programa con musicoterapia.

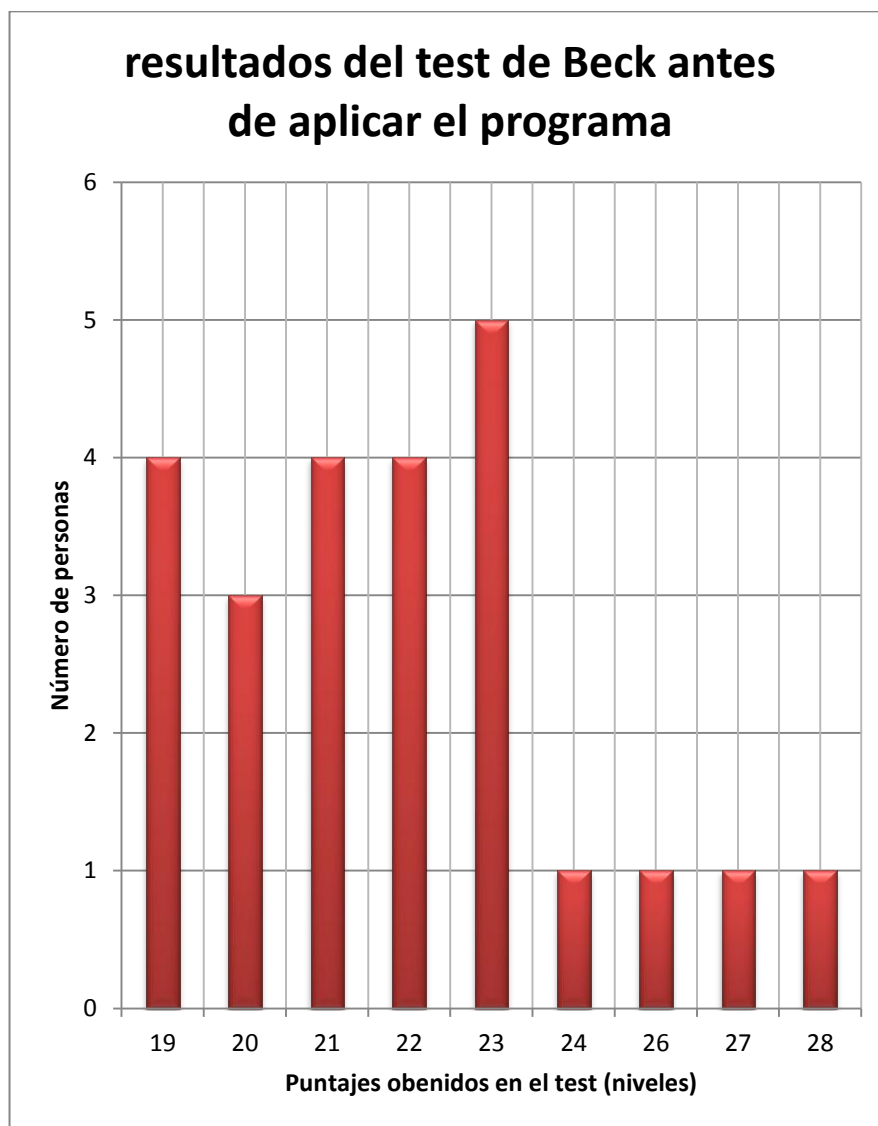


Gráfico 1. Puntajes obtenidos con el test de Beck antes del programa.

El gráfico #1 indica las puntuaciones que obtuvieron las 24 participantes en la aplicación del test de depresión de Beck. Aquí se observa que los valores oscilan entre 19 y 28 puntos, que estarían dentro del rango a lo que el test considera una depresión moderada.

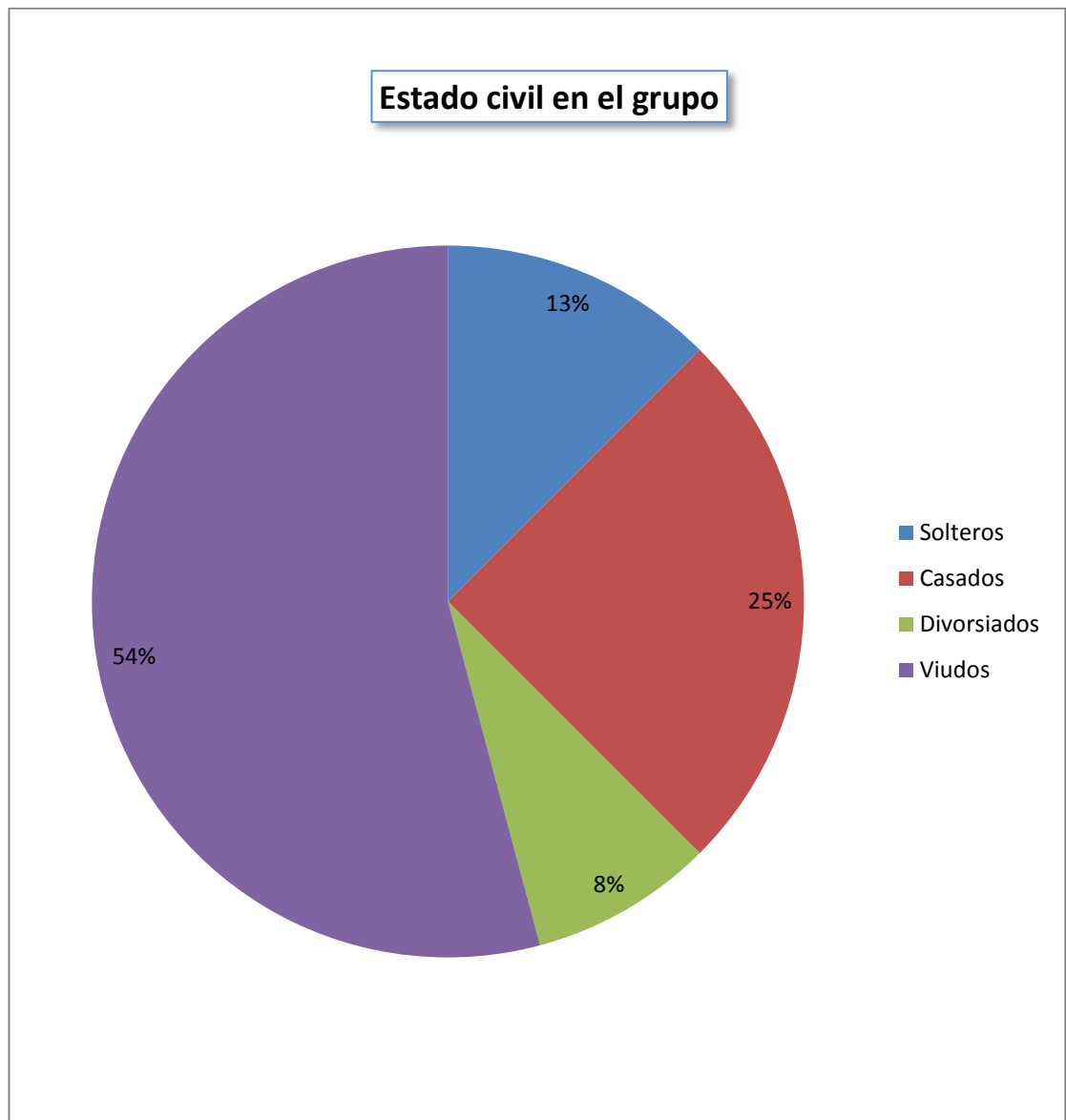


Gráfico 2. Estado civil en el grupo.

Al observar este gráfico se puede evidenciar que el índice de viudez supera al resto de estados civiles del grupo en más de un 50%. Es de importancia mencionar que el 100% de la muestra reflejada son mujeres. Vale aclarar que no se realizó una selección por género, sino más bien se encontró en las valoraciones un mayor número de mujeres con depresión moderada, agregando a esto que tuvieron mayor interés y predisposición de asistir al programa.

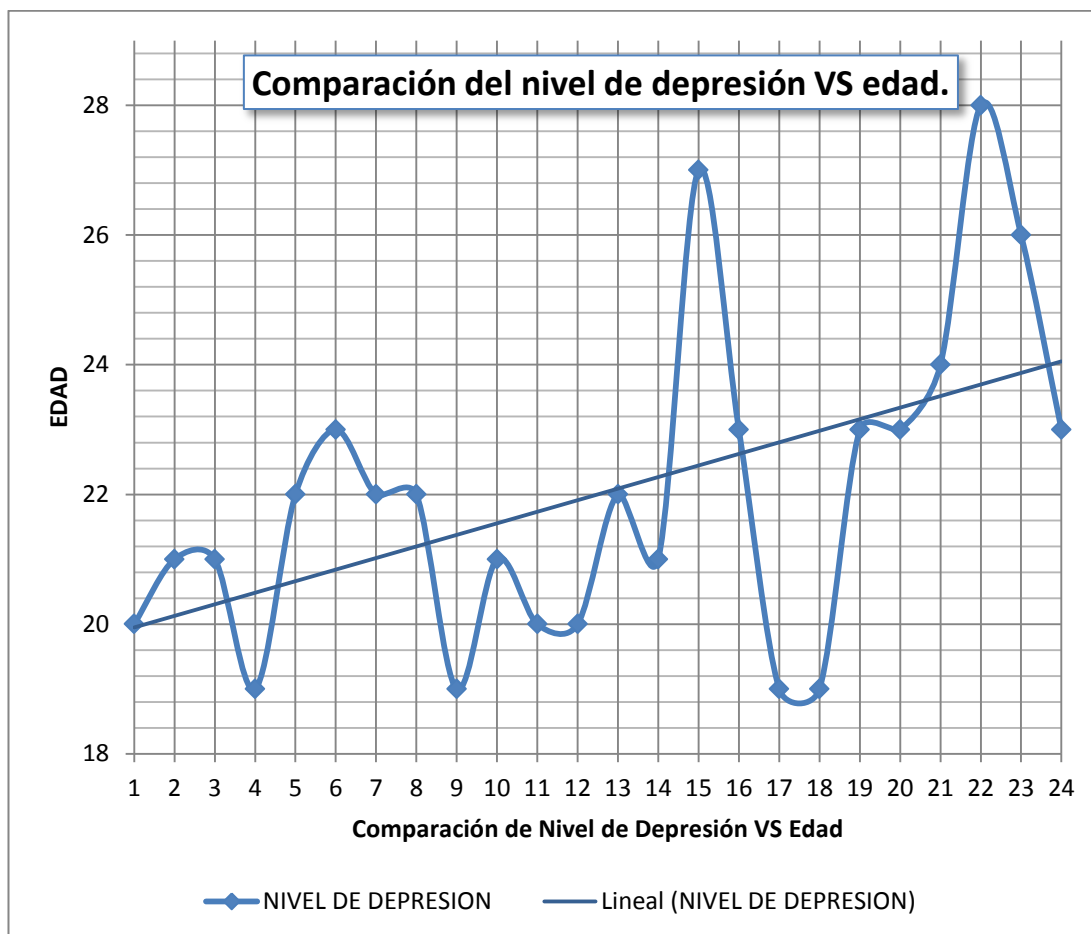


Gráfico 3. Comparación del nivel de depresión VS edad.

En el gráfico # 3 se incluye en la parte inferior a las 24 participantes ordenadas de menor a mayor edad y en la parte superior izquierda se incluye cada una de las puntuaciones que obtuvieron las participantes en la escala de depresión de Beck antes de realizar el programa con musicoterapia.

De esto se puede explicar que al avanzar en edad las posibilidades de sufrir algún tipo de depresión aumenta. Factor que estaría asociado a las disfuncionalidades tanto a nivel físico como cognitivo que el adulto mayor suele atravesar con el paso de los años, a la vez en esta etapa de vida tendría que afrontar las distintas pérdidas afectivas de familiares y amistades contemporáneos, lo cual le llevaría a sentirse mayormente sola y desprotegida.

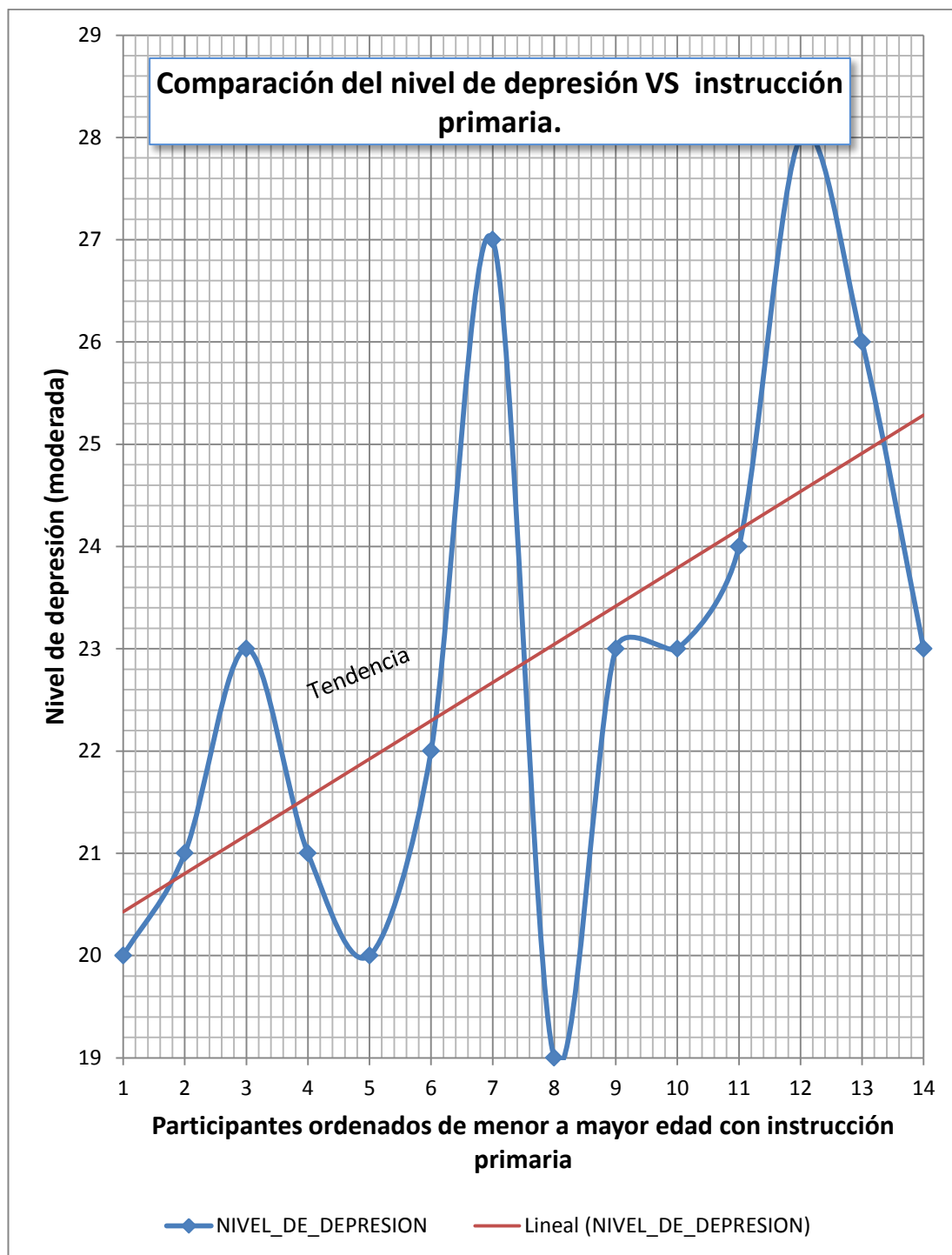


Gráfico 4. Comparación del nivel de depresión VS instrucción primaria.

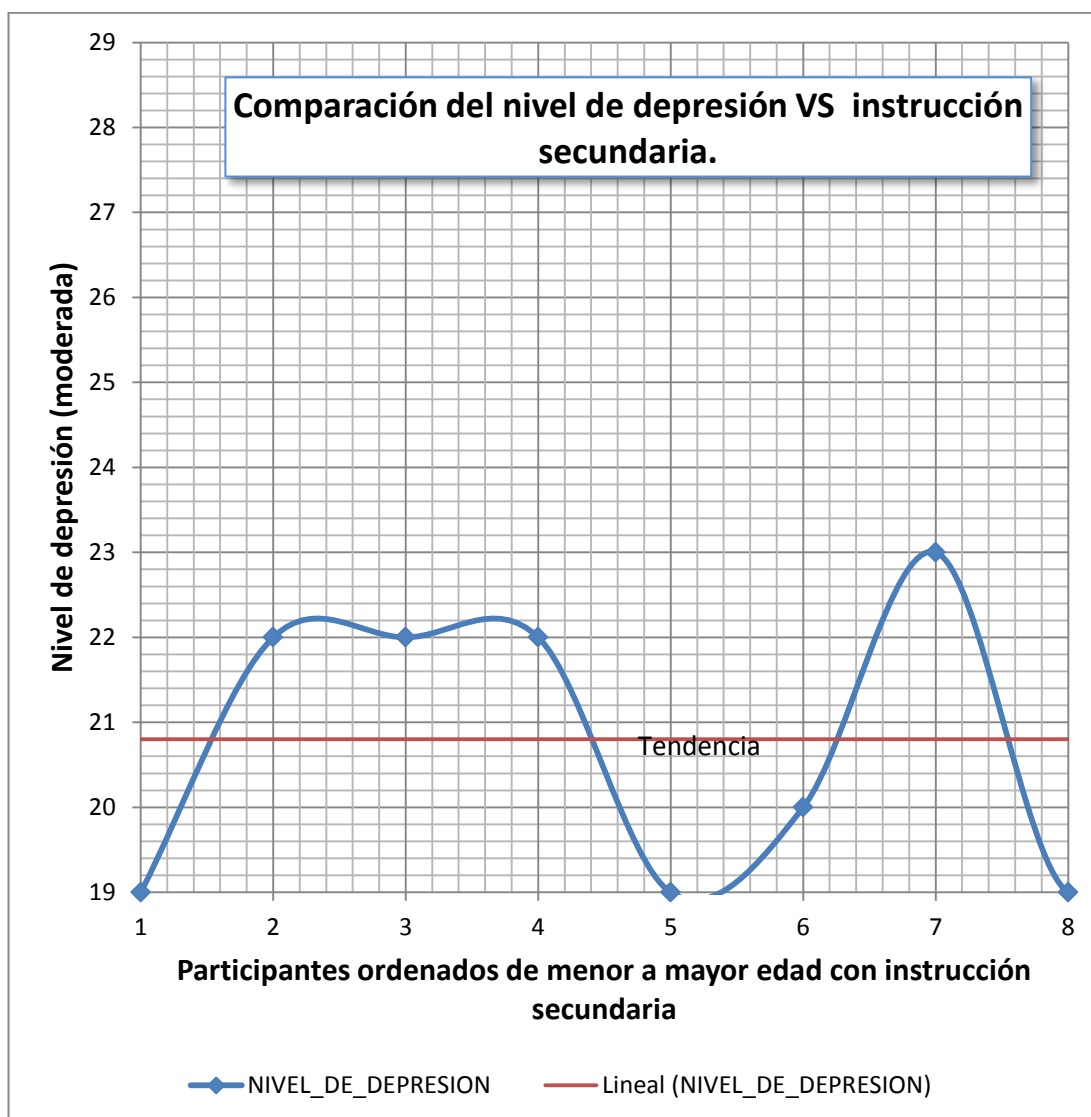


Gráfico 5. Comparación del nivel de depresión VS instrucción secundaria.

Al hacer una comparación de este gráfico #5 con el gráfico #4, se puede evidenciar que la tendencia a padecer un mayor índice de depresión es más frecuente en mujeres con menor instrucción académica que en aquellas con mayor nivel de educación. Posiblemente las mujeres con mejor educación tendrían mejores posibilidades de integrarse a grupos de apoyo, los cuales fortalecerían sus limitaciones, encontrando así un mejor grado de afrontamiento ante la soledad y las pérdidas.

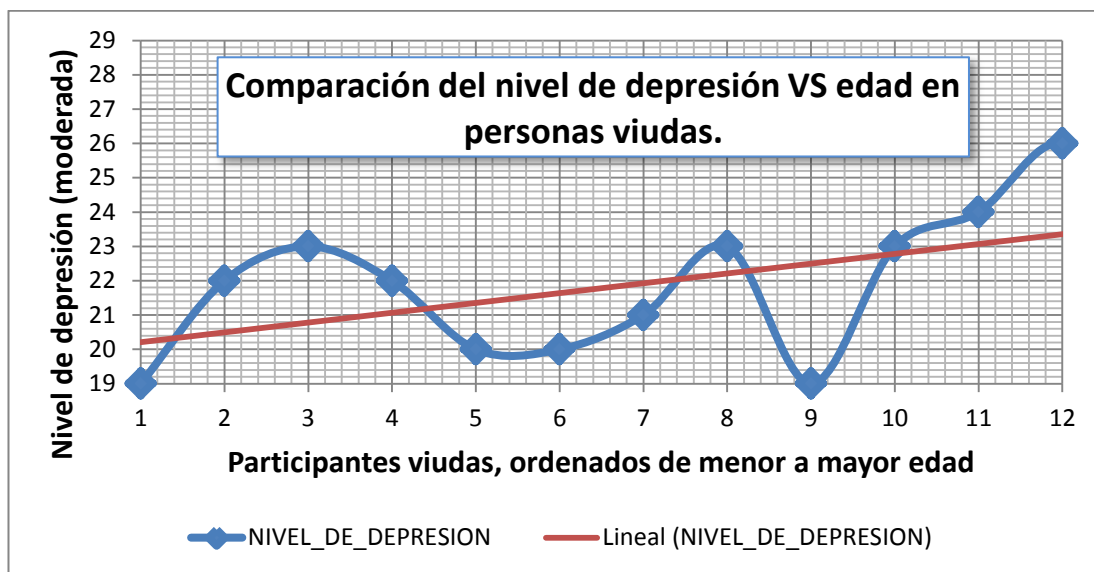


Gráfico 6. Comparación del nivel de depresión VS edad en personas viudas.

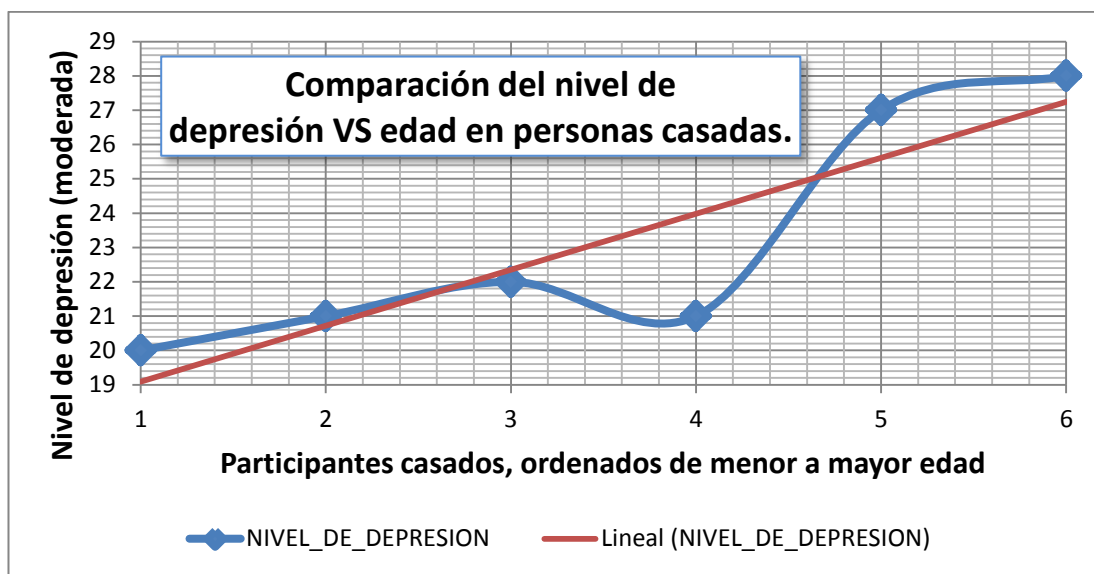


Gráfico 7. Comparación del nivel de depresión VS edad en personas casadas.

Los gráficos 6 y 7, explican el nivel de relación existente entre: depresión, edad y estado civil de mujeres casadas y viudas, de lo cual se puede evidenciar que tanto mujeres casadas como viudas a mayor edad tendrían mayor tendencia a deprimirse, pero esta predisposición sería más marcada en aquellas mujeres casadas.

Datos de los resultados obtenidos de la ficha de preferencias musicales aplicada a los dos grupos.

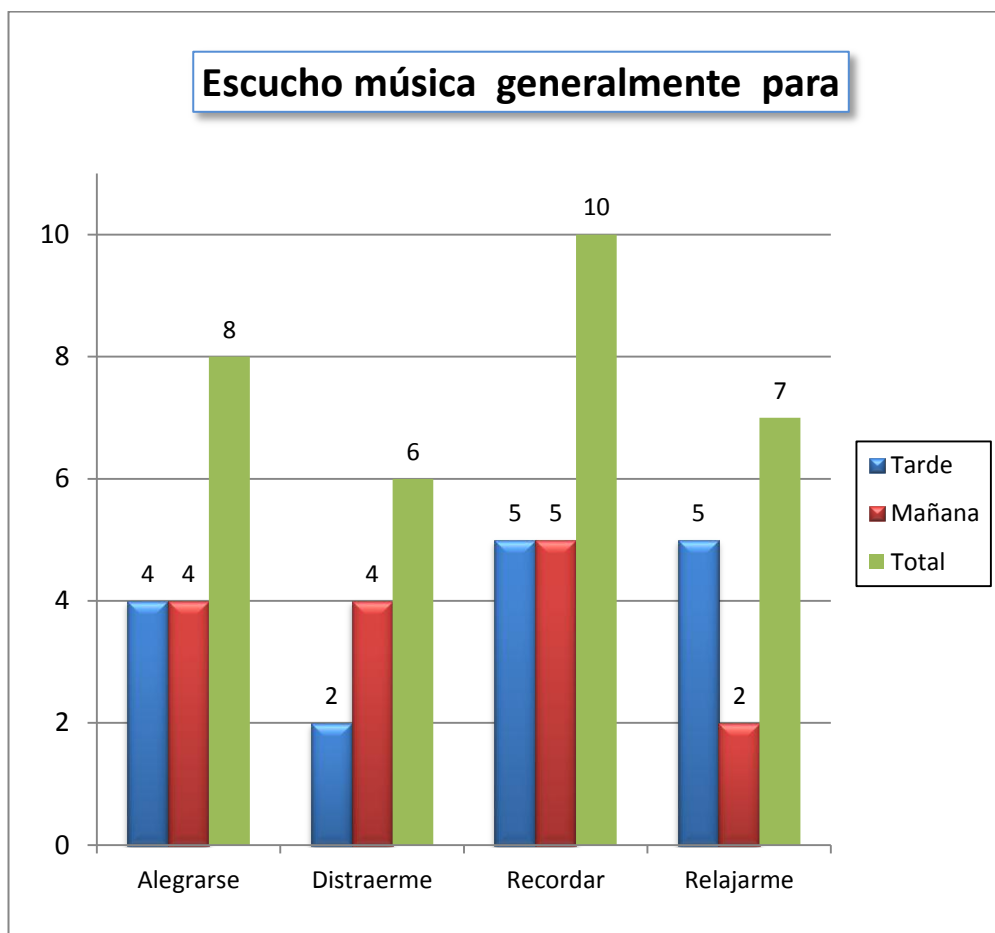


Gráfico 8. Motivos para escuchar música.

En este gráfico se presenta aquellas motivaciones que llevaría generalmente a los adultos mayores a escuchar música, observando que la opción recordar sería la de mayor predominio, posiblemente eso sea debido a las añoranzas que suele tener el adulto mayor de sus años pasados. Otro factor asociado sería el menor grado de deterioro que suele sufrir la memoria de largo plazo al envejecer; frecuentemente podemos escuchar a los adultos mayores contar historias y traer a la memoria vivencias de su juventud.

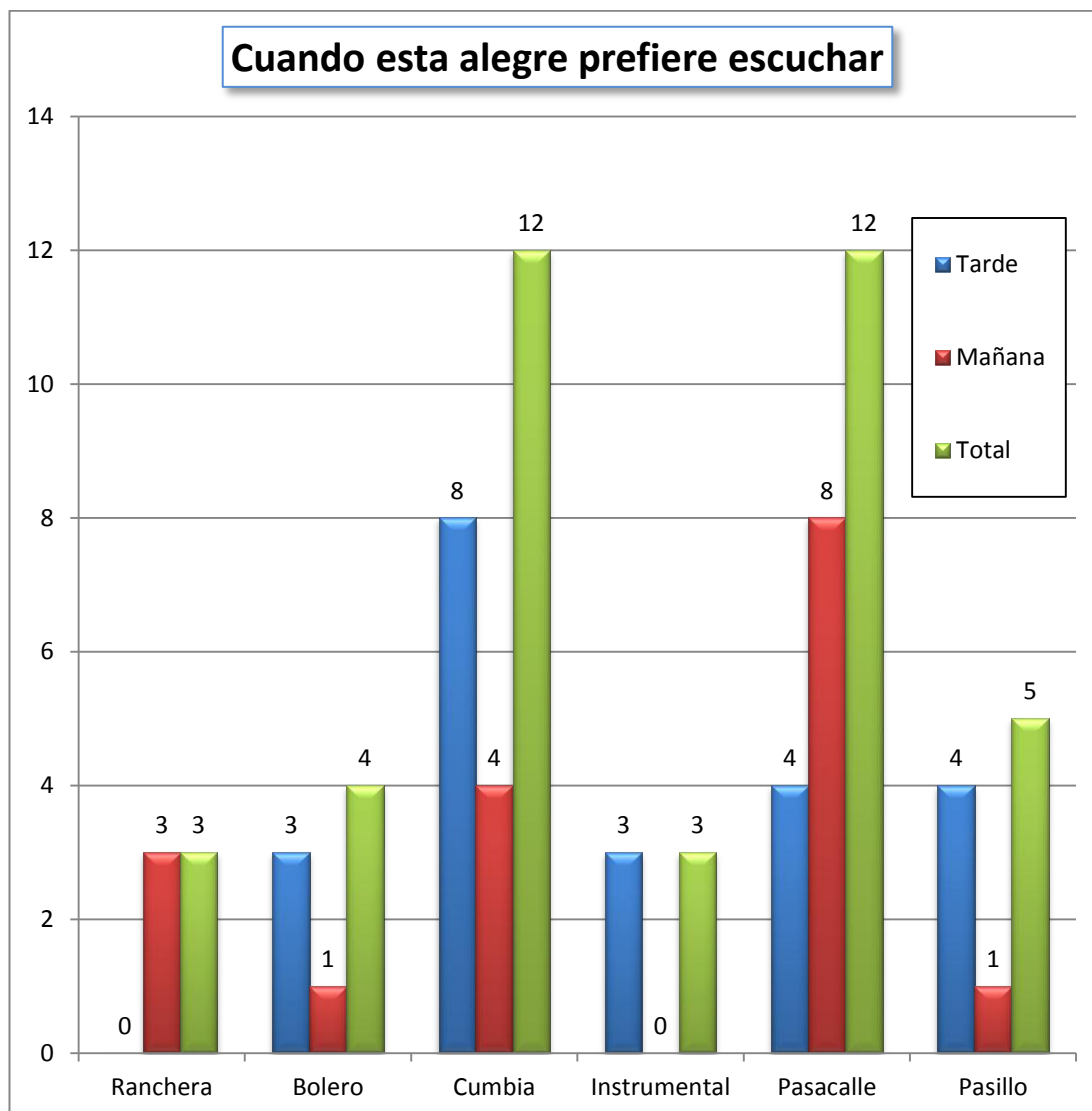


Gráfico 9. Música que prefiero cuando estoy alegre.

En este gráfico # 9 se refleja las preferencias musicales de los participantes cuando se sienten alegres, por lo que el pasacalle y la cumbia colombiana fueron seleccionadas como las de mayor preferencia. Sobre este aspecto podríamos referirnos a la influencia que tendría la cultura musical sobre las personas.

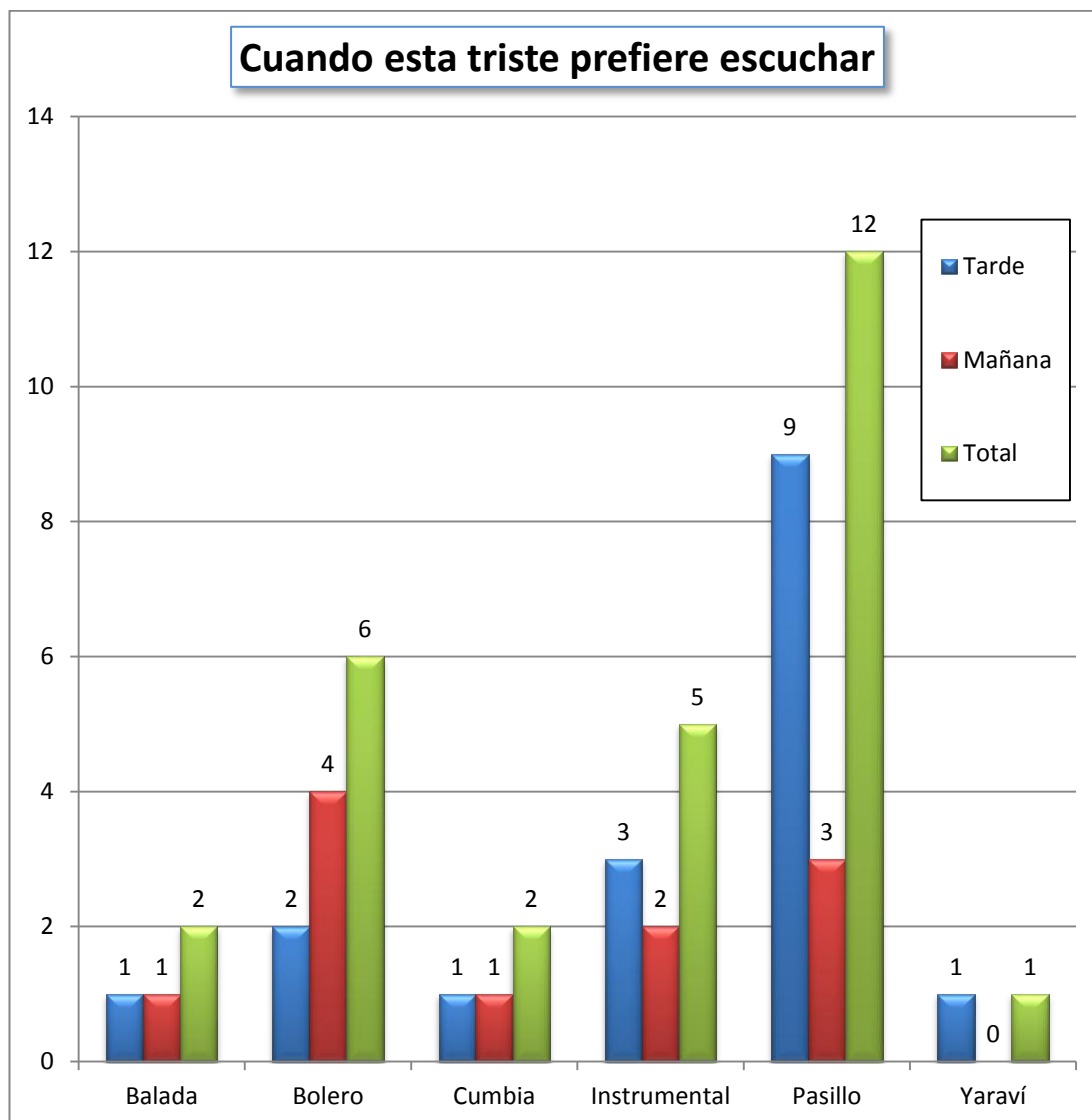


Gráfico 10. Música que prefiero cuando estoy triste.

En esta figura se observa la preferencia musical de los participantes cuando están tristes, pues el pasillo y el bolero serían los más elegidos. Esto a su vez actuaría como un contenedor de sentimientos que vincularían vivencias tristes con emociones y melodías.

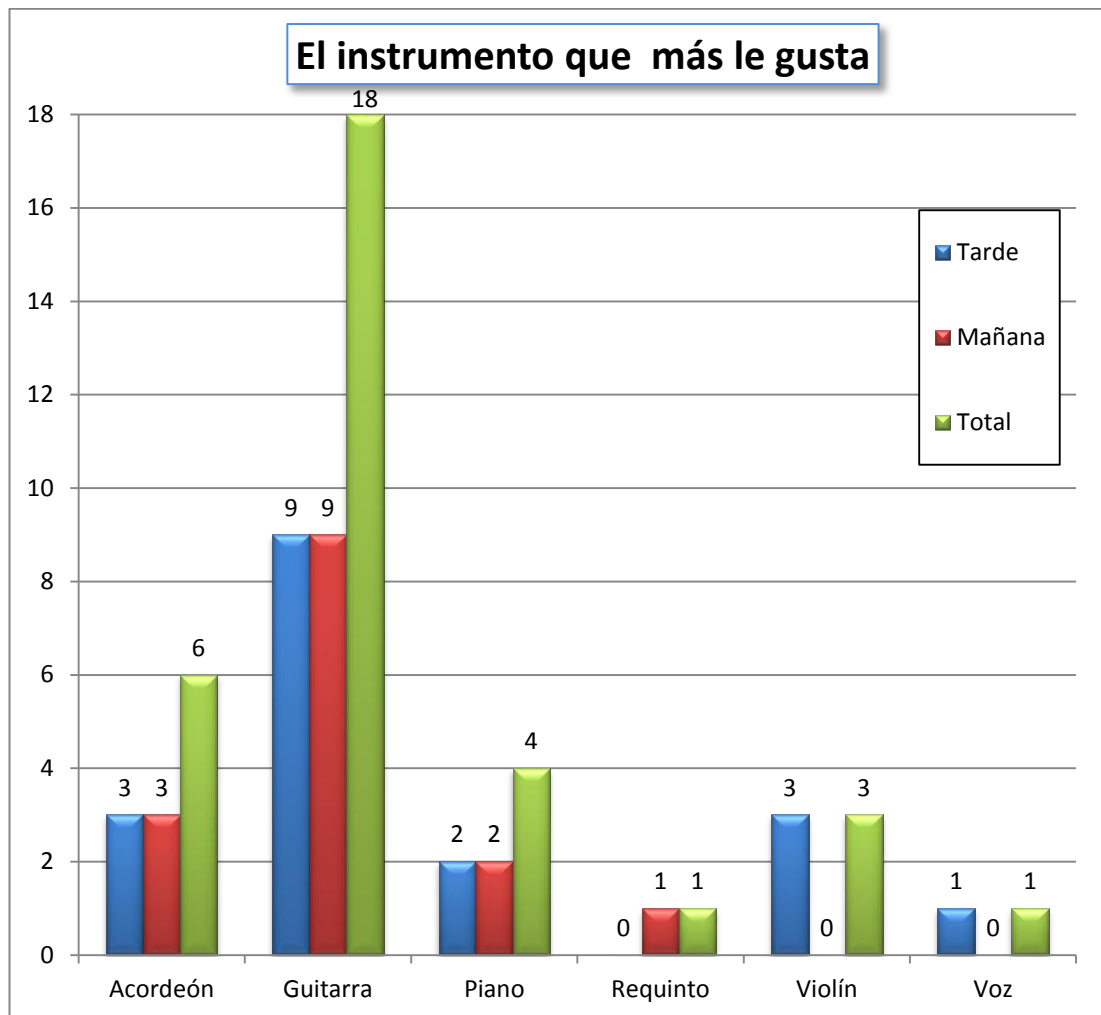


Gráfico 11. Instrumento musical preferido.

Entre los instrumentos musicales preferidos por los pacientes, se puede observar que la guitarra ocupa el primer lugar, después el acordeón y finalmente el piano. En las entrevistas a los pacientes al momento de aplicarles este cuestionario, mencionaron la relación de la guitarra como parte de su pasado y presente, recordando aquellas serenatas que se escuchaban al pie de las ventanas cuando los pretendientes cantaban para cortejar a su pareja o cuando un hijo lleva serenata a su madre en su día.

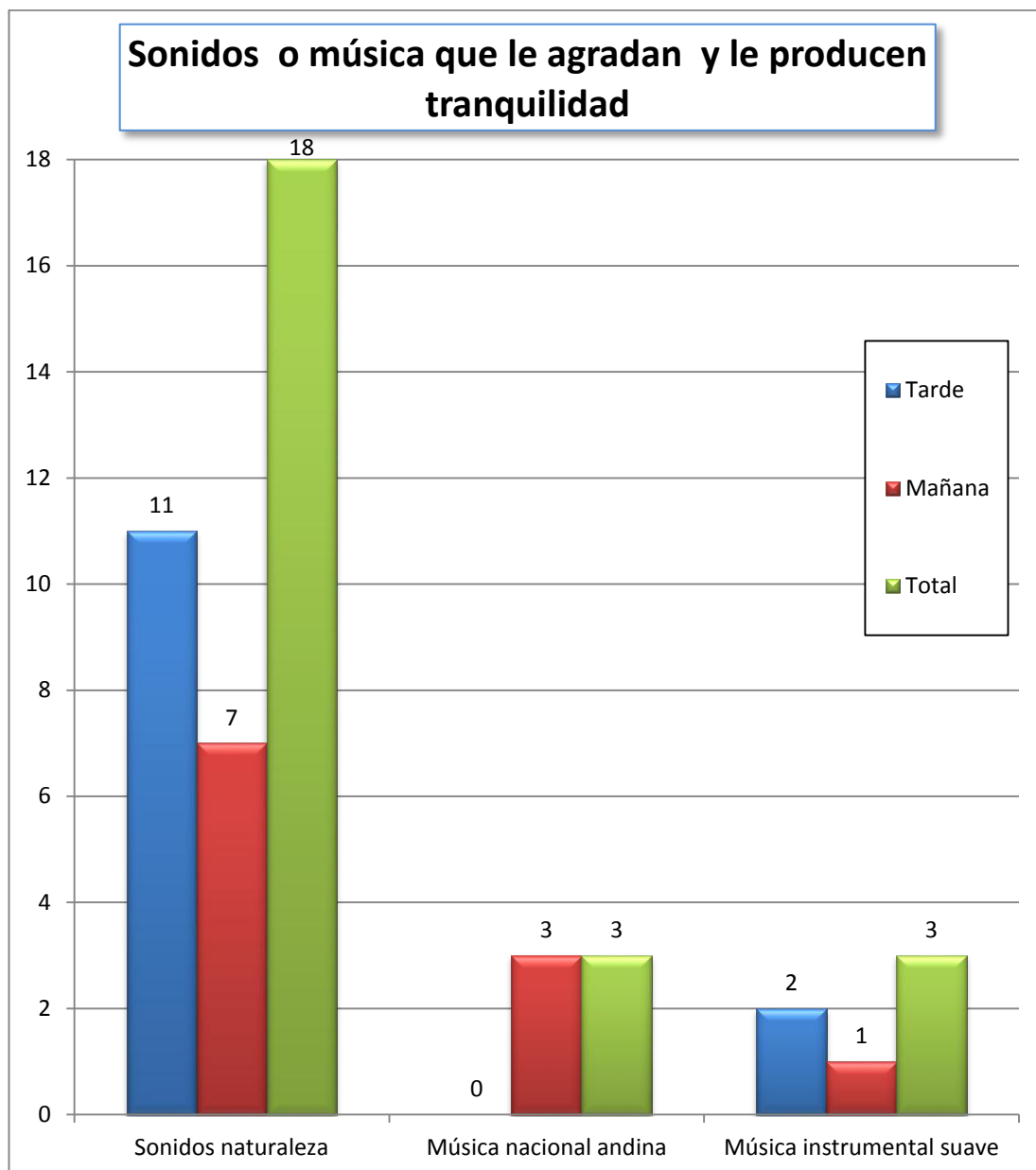


Gráfico 12. Sonidos o música que le agradan y le producen tranquilidad.

Al referir este cuadro se observa que los sonidos que llegarían a producir un mayor bienestar en las personas mayores, serían principalmente los de la naturaleza seguidamente de la música andina y la instrumental.

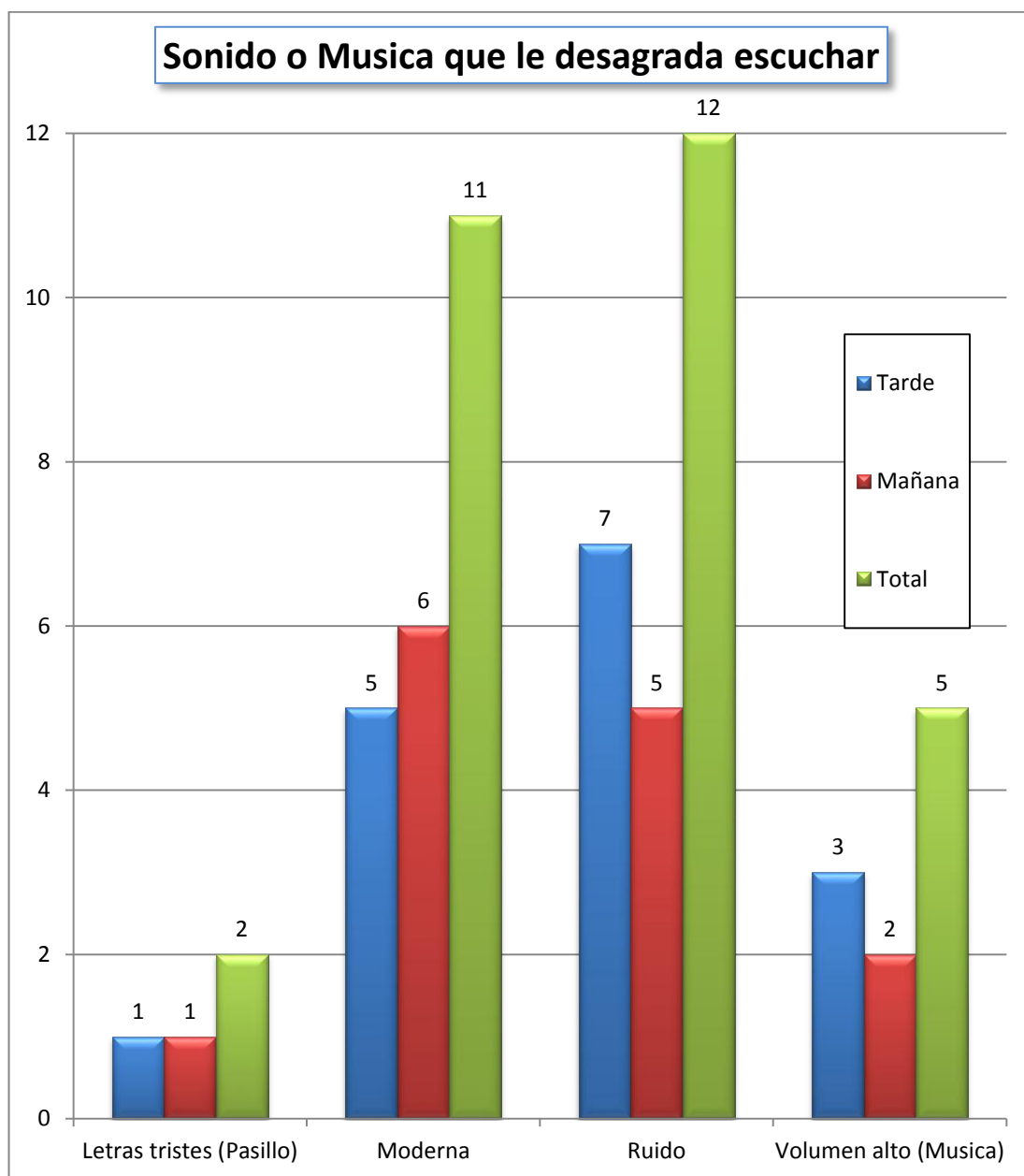


Gráfico 13. Sonidos o música que le desagrada escuchar.

En este gráfico se encontrarían aquellos sonidos y ruidos mencionados por los participantes como desagradables, de lo cual se puede ver que por lo general los ruidos y sonidos fuertes o agudos son tomados como desagradables, seguido por el malestar de escuchar música moderna.

Canciones que consideran los pacientes de importancia emocional cuando lo escuchan.

Grupo de la mañana.

P#	TEMA MUSICAL	EMOCIÓN QUE LE PRODUCE
1	Instrumental	No le gusta la música con letras tristes porque le hace llorar.
2	Corazón anciano	Con esta canción lloro porque va a llegar la hora de mi muerte.
3	Después que nos besamos/locos del ritmo	Recuerdos lindos de mi juventud
4	Estrella de la noche	Recuerda la serenata de sus hijos.
5	Ya llegó tu enamorado/P Infante	Le gustaba escuchar de joven y hasta ahora le da alegría.
6	Kio Kio/Pedrito Otiniano	Le trae recuerdos agradables de su juventud.
7	Danubio Azul	Cuando lo escucha me da tranquilidad.
8	Tres años/Ranchera	Le trae recuerdos agradables/recuerda una serenata que alguna vez le dieron.
9	Esclavo y amo	Esta canción cantaba cuando era joven, me ayudaba a ponerme más tranquila y romántica.
10	Toda una vida/Bolero	A mi marido cuando vivía le gustaba este tema, y me sabía cantar, me siente bien al escucharlo.
11	Música instrumental	Porque generalmente las canciones con letra me hacen llorar.
12	Flor sin retoño	Me recuerda a una pareja que tenía y eso me hace sentir bien.
13	Collar de lagrimas	Me trae recuerdos de mis abuelitos y me pongo triste y feliz. Noche que siento, generalmente lloro.

Tabla 5. Temas musicales elegidos por los pacientes (grupo de la mañana).

Grupo de la tarde

P#	TEMA MUSICAL	EMOCIÓN QUE LE PRODUCE
1	Ya llegó tu enamorado/Pedro Infante	Me acuerdo de mi esposo él siempre me cantaba este tema y el escucharlo me hace sentir bien.
2	Bolero mi negra	Me trae recuerdos lindos cuando me daban serenatas
3	Solterito y sin nadie/ Leodan	Recuerdos de mi juventud me pongo emocionalmente bien.
4	Chiquitita	Recuerdos de mi juventud un enamorado me cantaba siempre y solía escuchar el tema cuando me acostaba a dormir.
5	La bocina	Me recuerda a mis abuelitos en el campo, me da sentimiento lindos y tristes
6	El arbolito/ Kjarkas	Con este tema enterré a mi esposo, me da mucha nostalgia, pero a la vez lo recuerdo, son una mezcla de sentimientos
7	Prefiero la música instrumental	Casi todas las canciones, sobre todo los pacillos son tristes y no tengo recuerdos agradables, mi padre tomaba con estos.
8	Pasodoble te quiero	Recuerdo cuando me case, son lindos recuerdos.
9	El aguacate	Recuerdos de mi pasado cuando los chicos me molestaban
10	La mochila Azul/ Pedro Fernández	Fue mi ídolo ese niño, y me encanta verlo hasta ahora.
11	Un bolero	Me trae recuerdos de mi familia

Tabla 6. Temas musicales elegidos por los pacientes (grupo de la tarde).

4.3 Programa de sesiones

Introducción

Las 14 sesiones de intervención a dictarse en este taller estará dirigido a conseguir un mejor restablecimiento emocional en un grupo de adultos mayores que prestan depresión moderada y que asisten a los Servicios Sociales de la tercera edad del IESS, para lo cual se ha tomado como fundamento la teoría musicoterapéutica del Dr. Rolando Benenzon y otras aportaciones como el manejo de la ritmia de Jaques Dalcroze, entre otros; la duración de las sesiones con musicoterapia propuesto a realizarse en las instalaciones del IESS, tendrán una duración aproximada de una hora y media por sesión y las consignas al inicio serán más de carácter directivas como verbales. Esto debido a que la energía en el adulto mayor generalmente suelen estar más rígidas que en personas más jóvenes. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

Cabe destacar que el trabajo a nivel del Iso cultural a través de las melodías y canciones reconocidas por los pacientes será de gran importancia para integrar el grupo y a la vez ayudarán a conseguir un buen camino vincular en el desarrollo del proceso. (Benenzon R, 1997).

-Procedimiento:

Para poder conseguir este objetivo planteado con musicoterapia, se ha procedido a separar el taller en 4 fases consecutivas, en donde las tres primeras estarán conformadas de cuatro sesiones y la última de dos sesiones dedicada al cierre del programa. A continuación se describe más detalladamente cada una de ellas.

Primera fase:

Dirigida a un proceso de caldeamiento o preparación orgánica, reconociendo nuestro cuerpo como instrumento sonoro. A su vez esta primera fase servirá para fomentar un mejor rapport y empatía entre paciente y terapeuta como a conocer la capacidad sonora de cada participante para comunicarse con el grupo.

Segunda fase:

Encaminada a conseguir una mejor comunicación sonora no verbal a través de la aparición de las primeras expresiones emocionales, mediante la utilización de instrumentos musicales de percusión. A la vez esto permitirá una conformación más sólida del Iso grupal.

Tercera Fase:

Estas sesiones se destinarán a promover las expresiones emocionales a través de la utilización del ritmo, melodía y armonía, como también permitir expresarlas a través de la danza y el canto.

Cuarta fase:

Dirigidas a cerrar el programa, generando el mayor grado de motivación de los participantes. Para lo cual se utilizará todo el instrumental musical terapéutico, cantos alegres y baile con música de preferencia de los participantes obtenidas en las fichas musicales. Finalmente se dará paso a escuchar sus comentarios con respecto a sus logros y cambios emocionales experimentados en todo el programa.

PRIMERA FASE

Objetivos:

- Abrir los primeros canales de comunicación entre paciente y terapeuta, como entre los participantes.
- Hacer conciencia de la relación mente y cuerpo, mediante la contemplación y sonoridad interior.
- Identificar el Iso de cada paciente y fomentar un Iso grupal.
- Aportar confianza y seguridad, realzando el estado de ánimo
- Aprender técnicas de control emocional a través de la relajación y la respiración diafragmática.

En estas primeras sesiones se procederá a la preparación del organismo, para que este se encuentre de manera óptima para la acción; a su vez se propiciará a trabajar en la adaptación de los integrantes al grupo por medio de determinadas dinámicas rítmicas y la utilización de instrumentos musicales como: El bombo, pandereta, palitos de ritmo, cajita china, al cual incluimos principalmente al cuerpo como instrumento sonoro principal, generador de ritmo y sonido; aprenderemos también a ser conscientes de nuestros sonidos internos y como estos forman parte de nuestra vida y nos conecta al mundo. Entre estos sonidos internos podría mencionar: latidos del corazón, pulso, respiración, ruidos intestinales, deglución etc. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

Esta etapa de preparación también los participantes aprenderán técnicas de relajación y respiración diferenciando entre tensión y relajación (Técnica de Jacobson), las cuales a su vez influirían en el control de sus pensamientos y emociones. Se utilizarán sonidos de la naturaleza como de la lluvia, sonidos marinos, de aves, que ayudarán a ambientar las diferentes actividades, especialmente las de relajación. La preferencia de esta música se derivó de dos motivos.

En primer lugar debido al trabajo de conexión y reconocimiento de nosotros con el mundo y la naturaleza como refiere Benenzon y en segundo lugar se dio preferencia a los sonidos que más causa efecto de manera positiva en la relajación de los participantes como mencionaron en la ficha musical, a la vez los instrumentos musicales que ayudarán a conseguir este propósito de relajación serán: El palo de lluvia y los cuencos tibetanos. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

Finalmente para estas sesiones de preparación y reconocimiento de nuestro cuerpo como instrumento sonoro y de ritmo, procederemos a generar espacios donde la persona pueda crear y jugar, manifestando la actividad lúdica, donde las percepciones, sensaciones y vivencias corporales sean el punto de partida para que la persona pueda encontrarse consigo mismo reconociendo sus propias posibilidades, como su cuerpo, sus sonidos y su entorno. (Bazo, 2009, pág. 124).

Técnicas a utilizarse:

- Ordenes directivas y semidirectivas verbales.
- Rapport y transferencia positiva con el paciente.
- Técnicas del Benenzon para el reconocimiento del Iso y el manejo de la comunicación no verbal. (Instrumentos de percusión).
- Técnicas de Dalcroze para trabajar ritmia y coordinación.
- Relajación guiada con la técnica progresiva de Jacobson.
- Música editada (Sonidos de la naturaleza).

SESIÓN N 1:

- Presentación del programa con sus respectivas indicaciones como: En qué consiste este programa y que se espera de este, con su objetivo alcanzar. Se hablará de: (vestimenta, puntualidad, respeto y poder contestar inquietudes sobre el taller). 20 Minutos.
- Dinámica de inicio: Decir su nombre generando un ritmo cualquiera con las manos. 10 minutos.
- Expresión Corporal (Moverse a través del salón) respirando a su propio ritmo y luego al ritmo de las palmas del terapeuta. (Música de fondo editada en piano). 10 minutos.
- Enseñanza del manejo de la respiración diafragmática (Individual y grupal) 25 minutos. Reconociendo a nuestro cuerpo un instrumentó sonoro (Latidos del corazón, respiración etc.). Se utilizará el bombo como instrumento musical de guía para la concentración. 30 minutos.
- Cierre de la sesión dando la oportunidad a los participantes de expresar la experiencia de esta sesión. 15 minutos.

Resultados obtenidos de la sesión:

Los participantes tanto del grupo de la mañana como de los de la tarde, presentaron al inicio inquietud y ansiedad; esto seguramente a que era la primera sesión y un taller completamente nuevo en el centro, del cual no habían tenido antes información de experiencias de terceros, sin embargo se pudo observar que las distintas consignas y dinámicas de integración ayudaron de manera similar a los dos grupos mejorando su confianza y entusiasmo, a su vez de acuerdo a lo evidenciado en la ficha de observación grupal se determinó que la dinámica de relajación y

respiración consciente guiada con el bombo, brindando bienestar y comentarios positivos en ambos grupos.



Fotografía 1. Sesión 1.

Relajación haciendo conciencia de nuestro mundo sonoro interior, escuchando los diferentes sonidos que producen nuestro cuerpo, especialmente nuestro corazón.

Se utilizó el bombo como instrumento guía.

SESIÓN N 2:

- Caminar por el salón, a la velocidad que marque el terapeuta con las palmas desde lento a rápido, luego utilizando la pandereta o el bombo para marcar el ritmo. 15 minutos.
- Dinámica con globos para coordinar movimientos en pareja. 20 minutos.
- Enseñanza inicial de rítmica a través de los valores de las notas, (Redondas, Blancas, negras, corcheas, semicorcheas, y fusas). Se utilizará palmas y dedos para marcar los tiempos, se les enseñará cartulinas dibujadas con las notas). 35 minutos.
- Con la guía del terapeuta relajar el cuerpo, tratando de respirar con el diafragma, hasta coordinar con todo el grupo. Marcando en 4 tiempos para inhalar, mantener y exhalar. (Música de sonidos de la naturaleza y el bombo para generar concentración). 15 minutos.
- Cierre de sesión escuchando y respondiendo inquietudes y comentarios del grupo. 10 minutos.

Resultados obtenidos de la sesión:

Esta sesión ayudó de manera importante a generar una mayor confianza en sí mismo por medio de la coordinación del movimiento. A la vez trabajamos la memoria para aprender valores y tiempos de cada nota. Se pudo observar que ambos grupos encontraron gran entusiasmo. La dinámica con los globos fue tomada con gran entusiasmo especialmente por el grupo de la mañana.



Fotografía 2. Sesión 2.

En esta foto podemos observar al grupo en la dinámica rítmica de coordinación con globos.

SESIÓN N 3:

- Dinámica de iniciación con rítmica utilizando partes del cuerpo (Aram zaza). 10 minutos.
- Dinámica para diferenciar con el oído: tiempo lento-rápido; volumen suave-fuerte. Utilizando el sonido de las palmas y el palo de lluvia en grupos de tres personas. 20 minutos.
- Rítmica a través de los valores de las notas aprendidas en la sesión anterior. Se utilizará en esta dinámica cartulinas en el suelo, como indica la fotografía #4. 30 minutos.
- Relajación con música de sonidos de la naturaleza para aprender a diferenciar entre tensión y relajación con la "Técnica de Jacobson". Como instrumento de soporte se utilizará el palo de lluvia. 15 minutos.
- Cierre de sesión.

Resultados obtenidos de la sesión:

La sesión fue muy motivante tanto para los participantes, ya que se pudo observar conductas más positivas de todo el grupo. También en esta sesión se mostró que el grupo empezó a integrarse y el trabajo en equipo fue mejor. Dentro de las distintas dinámicas el trabajo de ritmia con el palo de lluvia y la relajación guiada con el sonido del mismo fue de gran aprecio por los dos grupos. En la figura #3 se puede observar el trabajo de ritmia sonora utilizando dos integrantes el palo de lluvia.



Fotografía 3. Sesión 3.



Fotografía 4. Sesión 3.

SESIÓN N 4:

- Dinámica de motivación y trabajo corporal con la dinámica rítmica. 15 minutos.
- Dinámica con las notas musicales ubicadas en el piso para trabajar la memoria, la ritmia corporal, atención y la coordinación. 25 minutos.
- Relajación muscular con visualización guiada con la técnica de (Schultz). Se recurrirá a música de sonidos del mar y la utilización de instrumentos musicales como el palo de lluvia y los cuencos tibetanos para ayudar a la concentración. 30 Minutos.
- Cierre de sesión escuchando la experiencia vivida de cada uno de los participantes hasta esta fase. 15 minutos.

Resultados obtenidos de la sesión

Con respecto a esta sesión, el grupo de la mañana mostró mayor comprensión y coordinación al trabajar con las notas musicales y los movimientos corporales. A su vez la aplicación de técnicas de relajación ha mostrado ser eficaces, generando en los pacientes una mejor vitalidad en cada terapia.

SEGUNDA FASE

Objetivos:

- Mayor integración de acople del Iso grupal.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, posibilitando una actitud participativa.
- Facilitar la aparición de las emociones.
- Estimular el proceso creativo.

El objetivo de esta etapa será hacer que las personas se sientan parte de un grupo, para lo cual se tratará de integrar cada Iso individual al grupo.

Benenzon en su libro "Musicoterapia de la teoría a la práctica" menciona que el Iso grupal "es una dinámica que fluye en el grupo como la síntesis en si misma de cada identidad sonora, de cada paciente". A la vez menciona en otro apartado que para que esto ocurra, es necesario que los sistemas expresivos tengan un tiempo y un proceso para adecuarse unos a otros, para que el ir y venir de energías que parten de los distintos Isos encuentren las particularidades que lo identifican. (Benenzon R, 1997, págs. 100,31).

Debemos recordar que la música en el ser humano es y ha sido portadora de energía. La música introyecta en el oyente una energía de carácter global, que le permitiría comunicarse libremente por sus múltiples vías de expresión como: movimientos, gestos y la voz. De la misma forma Benenzon considera que "Cada estímulo sonoro o musical, según las diferentes circunstancias individuales (edad, etapa del desarrollo, estado anímico, salud psico-física, apetencias e identidades musicales, etc.), puede inducir a una variedad de respuesta en las que se integran los aspectos bio-fisiológicos, la psicomotricidad y los aspectos afectivos como mentales de una persona ". (Benenzon R, 1997, pág. 100).

La utilización de las distintas técnicas que ayudarán a conseguir este objetivo, será a través de la utilización de los instrumentos musicales, donde la mayoría están contruidos con materiales preferentemente naturales

como de cuero, piel y madera, fáciles de manipulación, y sin que exista la necesidad de tener conocimientos musicales para ejecutarlos y producir alguna sonoridad; a la vez estos instrumentos servirán en la terapia como mecanismos de relación terapéutica e integración, a lo que Benenzon lo llama objeto intermediario y objeto integrador.

Denominado por Benenzon objeto intermediario "a todo objeto musical capaz de permitir el paso de energías de comunicación corporo-sonoras-musicales entre un individuo y otro". El objeto integrador "aquel instrumento corporo-sonoro-musical que permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí". Benenzon atribuye al objeto integrador una mayor relación con el Iso grupal, seguido del Iso cultural. Este autor en sus observaciones clínicas también señala que con frecuencia los pacientes líderes de grupo tienden a elegir instrumentos que fácilmente se convierten en instrumentos líderes. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, págs. 72,74).

Entre los instrumentos musicales integradores se puede mencionar a los de percusión de la familia de los membranófonos como: bombo, tumbas, pandereta, tamboril y los idiofonos como intermediarios: maracas, chachas, pesuñas, campanillas, triángulo, castilluelos, wiro, entre otros como la utilización de todo el cuerpo. Se debe tomar en cuenta que algunos de los casos los instrumentos intermediarios pueden pasar a ser integradores según la utilización del paciente.

La música editada que se utilizará, estará dirigida a composiciones andinas, donde los instrumentos de viento, percusión y madera ayudarán a integrar fundamentalmente al Iso cultural.

Técnicas a utilizarse:

- La observación
- Trabajo con la utilización del cuerpo y el set de instrumentos musicales de la familia de los membranófonos e idiofonos.
- Utilización de música editada andina para relajación
- Utilización del dibujo bajo estímulos de ritmos musicales
- La utilización de la voz como instrumento sonoro
- Fomentar la autoestima y autocontrol de las emociones de los participantes
- Relajación con visualización positiva.

SESIÓN N 5:

- Presentación del setting instrumental (instrumentos de percusión) utilizando consignas semi directivas, los participantes tendrán la oportunidad de observar los instrumentos por un tiempo determinado y luego tomar solo un instrumento musical y manipularlo a su conveniencia. Esta dinámica dependerá de la capacidad creativa sonora de cada uno para generar comunicación. Se les permitirá a la vez intercambiar los instrumentos, lo cual quedará a su iniciativa. 25 minutos.
- En parejas con el instrumento musical elegido, cada participante tratará de generar sonoridades de acuerdo como se sienta, luego intentará influenciar en su pareja mediante sonidos musicales entusiastas tratando de generar un estado de ánimo positivo. 35 minutos.
- Cierre de la sesión acomodando los instrumentos en el suelo, dándole una figura humana y compartiendo comentarios al respecto. 15 minutos.

Resultados obtenidos:

La presentación del set musical fue impactante para ambos grupos. Se observó al principio de la sesión cierta inquietud mencionando no saber tocar el instrumento, pero su manipulación les ayudó a tener confianza, llevándolos a una comunicación no verbal mediante el sonido.



Fotografía 5. Sesión 5.

En esta fotografía podemos ver la presentación del set musical al iniciar la sesión



Fotografía 6. Sesión 5.

En esta fotografía podemos observar los pacientes trabajando en parejas, generando primero sonoridades de acuerdo a su Iso individual, a la vez tratando de influenciar un cambio sonoro positivo en su pareja.

SESIÓN N 6:

- Dinámica de iniciación con movimientos de estiramiento y relajación del cuerpo 10 min.
- Utilización del setting instrumental para trabajar en ritmo y creatividad, a más de fomentar la integración del Iso Grupal. Los participantes elegirán un instrumento musical generando un dialogo sonoro cualquiera, luego se les ubicara en grupos de tres o cuatro personas para preparar una melodía a su decisión, pudiendo optar por versos, letras de canciones o alguna tonada de la creación del grupo. Finalmente se integraran los grupos en uno para interpretar una sola melodía de entre las presentadas. 1 hora.
- Cierre de la sesión, comentando la experiencia vivida y acomodando los instrumentos en consenso de una manera creativa y particular en el suelo 20 minutos.

Resultados obtenidos de la sesión:

El uso de consignas verbales y semidirectivas que se utilizó en la sesión fueron aceptadas por todos. Este trabajo dió como resultado un mejor nivel de integridad grupal, así como de otros factores como la comunicación, creatividad y especialmente un restablecimiento de su estado de ánimo. Al final de la sesión ambos grupos mencionaron que no imaginaron poder haber llegado a poder utilizar el instrumento musical y ser parte integral para la dinámica, lo que sienten mayor autoestima. En el grupo de la mañana sucedió algo inesperado, una persona menciona sentir una aceleración de sus latidos cardiacos, pues mencionó que era la primera vez que realizaba algo así, por lo que se sentía muy contenta y la emoción intensa posiblemente le causó tal situación.



Fotografía 7. Sesión 6.

En esta foto podemos ver un cierre de sesión instrumental. Aquí los participantes procedieron a organizar los instrumentos en el suelo, dándole una forma de figura humana.

SESIÓN N 7:

- Se repartirá hojas y pinturas a los participantes; la consigna será expresar por medio del dibujo la emoción que le genera el escuchar primero un set instrumental de pacillos y luego un set instrumental de cumbias, interpretadas en el teclado; luego cada paciente comentará voluntariamente sus dibujos y la emoción que insito a realizarlo; esta terapia tiene como objetivo ayudar a canalizar emociones diversas, como a generar entre ellos un mejor vínculo de apoyo y confianza grupal, que será necesario para trabajar a su vez en terapias posteriores. Las melodías se tomarán de la ficha musical.
Tiempo. 1: hora y media.
- Cierre de sesión.

Resultados obtenidos de la sesión

Esta sesión generó la aparición de emociones diversas en los pacientes; se pudo evidenciar que el dibujar bajo el estímulo del pasillo, inculcaba en las pacientes a que realicen dibujos con características tristes y tendiendo a elegir colores fríos; lo que contrariamente sucedió al dibujar bajo el estímulo de la cumbia, donde las pinturas expresaban mayor alegría a través de colores más cálidos. Esta dinámica generó mayor integración grupal y apoyo emocional. Esta sesión a la vez sirvió como puente de apertura emocional, para las siguientes sesiones donde se trabajará con temas musicales escogidos por los pacientes en la ficha musical.



Fotografía 8. Sesión 7.

En esta fotografía se aprecia los dibujos que realizaron los pacientes bajo la influencia musical.



Fotografía 9. Sesión 7.

SESIÓN N 8:

- Calentamiento físico y vocal 15 min.
- Los participantes harán conciencia de las distintas tonalidades (Graves, medias y altas) reconociendo la vibración que tiene el sonido de cada nota en nuestro cuerpo al vocalizar y producir una resonancia. (Se utilizará el teclado para ayudar con las escalas tonales) 35 Min.
- Relajación con visualización positiva, se utilizará música editada andina. A su vez nos ayudaremos de instrumentos como: el palo de lluvia, chachas y pesuñas. 20 minutos.
- Cierre de la sesión mediante comentarios de los pacientes 15 minutos.

Resultados obtenidos:

Las pacientes consiguieron generar diversas tonalidades con su voz identificando las resonancias en partes de su cuerpo. La relajación con los instrumentos mencionados fue de gran ayuda para llevarles a los pacientes a un mejor estado de relajación.



Fotografía 10. Sesión 8.

TERCERA FASE

Objetivos:

- Identificar sus emociones con la música a través de sus cualidades y reforzar positivamente.
- Explorar temores, mejorando la capacidad de autocontrol
- Favorecer el desarrollo psicosocial, posibilitando una actitud de participación y apertura grupal.
- Dar posibilidad de un espacio para la fantasía y la esperanza.
- Estimular el proceso creativo.

Estas sesiones estarán dirigidas al trabajo con ritmos, melodías y armonías como a promover la concientización de las emociones que generan escuchar música. A su vez se espera aquí mejorar su autoestima y seguridad, a través de la creatividad y la danza. Según Benenzon: "La expresión sonora musical, está basada en una combinación de ritmo, melodía y armonía, lo cual complica los códigos de la comunicación". La utilización de instrumentos como el teclado o la guitarra, tendrían la propiedad de estimular el nivel racional e intelectual y por lo tanto están más cercanos al nivel de la verbalización (Benenzon, Gainza, & Wagner, La nueva musicoterapia, 1998).

Gallardo a su vez menciona que la velocidad rítmica en la audición, y la danza tiende a influir sobre la vida afectiva y la calidad de la conexión que se establece con el otro. Por lo que" considera que: "A mayor velocidad rítmica mayor contacto con la musculatura superficial voluntaria motriz y menor posibilidad de conexión con los movimientos tónicos afectivos" (Gallardo, 2011, pág. 39). Gallardo de igual manera menciona que; en el mecanismo de evocación, la melodía y la armonía se verían ligadas a diversos sucesos de una persona y que en especial las melodías tienen la función de mantener los recuerdos y contenidos afectivos casi intactos, con

la capacidad de influenciar y producir una sensación de atemporalidad. (Gallardo, 2011).

Los instrumentos musicales que ayudarán para facilitar este propósito se menciona, aquellos capaces de provocar una estimulación del Iso cultural como: la guitarra, el teclado, el acordeón; pues son capaces de ayudar a los pacientes a recordar melodías y armonías percibidas en las épocas pasadas de su vida. (Benenzon, Gainza, & Wagner, La nueva musicoterapia, 1998).

De la misma forma la relajación y restablecimiento emocional, estará basado en la utilización de armonías entre las que los autores recomiendan a Mozart por sus efectos armónicos y tonalidades mayores capaces de mejorar el estado emocional. Entre sus obras podría mencionar: (Sonata para piano en Re mayor de Mozart; serenata No.13 en sol mayor de Mozart; Sonata de piano No 16 en Do mayor).

Técnicas:

- Interpretación de canciones recomendadas en la ficha musical por los pacientes trabajando el contenido emocional a partir de la propia música y /o letra.
- Gimnasia rítmica.
- Utilizar escalas mayores con el piano y a la vez el efecto Mozart para trabajar mejor la relajación.

SESIONES N 9 Y 10:

- Se elegirá temas musicales significativos para los pacientes, los mismos que se obtuvieron cuando se les aplicó la ficha de preferencias musicales antes del taller. La consigna en esta tarea será escuchar varias canciones con atención y respeto. Los temas a escuchar serán con el consentimiento del paciente.

Esta práctica les permitirá, hacer consiente aquellas vivencias positivas o negativas que estén relacionando canciones con emociones. Así cada participante voluntariamente compartirá con el grupo ciertas vivencias sonoras. El grupo actuará como soporte en caso de que los sentimientos sean negativos. A su vez se analizará al tema musical por sus cualidades: ritmo, melodía y la armonía y cómo este afecta en el ser humano tanto a nivel físico, emocional o mental. 1:30 cada sesión.

Resultados obtenidos:

Estas dos sesiones en el proceso musicoterapéutico consideramos fueron las más delicadas de tratar, debido a que se utilizó música seleccionada por los pacientes que se tomó de la ficha de preferencias musicales. Algunas pacientes recordaron a seres queridos ya fallecidos, otras recordaron con mucha alegría su juventud, otras a sus hijos, etc. Fue muy interesante ver como el grupo ayudó de manera positiva a canalizar algunos recuerdos negativos de las pacientes para desanclarlos de ese pasado triste.

SESIÓN N 11:

Gimnasia rítmica corporal, impartida por una profesional en el área y quien a través de las técnicas de "María Fux creadora de la dansoterapia" y técnicas de Jaques Dalcroze, ayudarán a reactivar las potencialidades expresivas a través del movimiento, coordinación mental y corporal. Para esta sesión se utilizó sonatas de "Mozart" debido a los beneficios a nivel cognitivo y emocional a los que se atribuye sus obras de las cuales se tomó las siguientes: sonata para piano en Re mayor, serenata N.13 en Sol mayor, Sonata de piano No 16 en Do mayor.

Resultados obtenidos:

Esta sesión con dansoterapia, fue considerada por los participantes de gran motivación, debido a la variedad de ejercicios rítmicos y armónicos. También la mayoría de personas mencionaron no haber escuchado este tipo de melodías "Mozart," pero que sintieron que les ayudaron a relajarse.

SESIÓN N. 12

- Se utilizará materiales de la vida cotidiana como: cucharas, vasos, botellas, globos para realizar sonidos. Luego se trabajará en grupos para que con creatividad presenten algún número sonoro musical; luego cada participante comentará su experiencia.
45 minutos.
- Se realizará el cierre del taller, acomodando los materiales utilizados en la mesa y expresando su sentir del momento. A su vez se anticipará la pronta culminación del programa. 20 minutos.

Resultados obtenidos de la sesión:

Como resultado de la sesión las pacientes mencionaron haberse dado cuenta que no necesariamente tenemos que tener un instrumento musical para generar algún sonido armonioso, sino que depende en mayor parte de nuestra creatividad y de cómo podamos darle sentido a los objetos. Entre otros comentarios expuestos por los pacientes, mencionaron que esto podemos trasladarle a nuestra vida, ya que muchas veces no podemos avanzar debido a que creemos que estamos limitados porque pensamos no tener las cualidades o ventajas de otras personas, creyéndonos como objetos inservibles, sin poder generar momentos armoniosos que alegren nuestras vidas.

CUARTA FASE

CIERRE DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

Benenzon señala que algunas veces terminar un tratamiento de este tipo es un hecho muy delicado, debido a que posiblemente el paciente puede estar viviendo en este núcleo terapéutico grupal, como un único soporte emocional. Este autor menciona que estas circunstancias generalmente suele traer elementos, comentarios y actitudes que quizá jamás fue revelado hasta este momento por lo que el musicoterapeuta debe estar muy persuasivo a ello, ya que podría ser utilizado no solo en este proceso, sino también en el proceso psicoterapéutico individual que el paciente pueda pretender iniciar. (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011).

Benenzon expone tres criterios técnicos a ser tomados en cuenta al finalizar un proceso terapéutico:

1. Intensificar la verbalización a medida se acercan las últimas sesiones, mediante comentarios, sensaciones y vivencias en el proceso; ejemplo de verbalización simple: "¿Recuerdas que al comienzo, cuando intentábamos que me imitaras en la percusión, en seguida te aislabas y parecías estar en otro mundo y no respondías ni a las preguntas ni a los modelos? Fíjese ahora está atento, conectado, podemos preguntarnos y respondernos durante largo tiempo". (Benenzon, Musicoterapia de la teoría a la práctica, 2011, pág. 142).
2. Las consignas deben ser cada vez más directivas y con temas musicales que lleven el mensaje de despedida.
3. Es de mucha utilidad la incorporación de instrumentos más estructurados y complicados como el piano, el órgano, acordeón, la guitarra, estos ayudarán a generar un cierre con mayor entusiasmo y

motivación, incluso con la posibilidad de posteriores derivaciones hacia una educación musical.

Objetivos:

- Intensificar la verbalización de los participantes con respecto a sus cambios emocionales.
- Buscar la máxima expresión emocional positiva de los participantes
- Cerrar el proceso musicoterapéutico.

Técnicas a utilizarse:

- Mayor verbalización sobre comentarios y alcances que se evidencian al ir culminado el programa.
- Utilización de instrumentos como la guitarra el órgano o piano y canciones alegres de despedida conocidas por los pacientes.

SESIÓN N. 13:

- Se utilizará instrumentos como la guitarra y el teclado con el fin de fortalecer el vínculo de bienestar emocional del grupo; se espera que en esta sesión los participantes expresen su estado de ánimo de manera espontánea y alegre, a través del movimiento del cuerpo el baile, golpe de palmas, como del canto, con temas conocidos por ellos. 50 minutos.
- Cierre de sesión expresando cambios positivos evidenciados en el grupo, a la vez escuchando comentarios de los participantes. 20 minutos.

Resultados obtenidos:

Se alcanzó conseguir un nivel emocional y de integración grupal muy bueno, como nos habríamos propuesto al inicio de este taller; se puede también evidenciar ahora un mejor nivel de autoestima como de comunicación verbal y no verbal.

SESIÓN N. 14:

- Se realizará una retroalimentación verbal de la culminación del programa. los participantes podrán expresar cada una de sus experiencias, emociones vividas durante todo este proceso, luego escucharán un tema de Mercedes Sosa "Gracias a la vida" entregándoles una hoja con la letra para cantarlas en grupo. Se utilizará la guitarra. 10 minutos.
- Como finalidad de conocer el impacto que tuvo el programa se les aplicará un cuestionario de preguntas. 15 minutos.
- Cierre del programa.

Resultados obtenidos de la sesión:

Se observa gran entusiasmo y a la vez nostalgia en todo el grupo por la culminación del programa; en sus comentarios expresan haber encontrado un espacio único donde poder expresar sus emociones sin temor a equivocarse, muchas de ellos mencionaron tener ahora mayor seguridad.

Como conclusión los participantes descubrieron muchas cualidades que pensaban no tenerlas, las mismas que generarían un fortalecimiento de su autoestima y miedo al rechazo. De esta forma se llevó el programa a su término, esperando haber podido brindar un buen apoyo emocional, ante sus diferentes circunstancias.

4.4 Conclusiones del análisis de las sesiones musicoterapéuticas mediante el seguimiento de la ficha individual:

El seguimiento con la ficha de monitoreo individual nos sirvió para evaluar cualitativamente tres momentos del programa: sesión 1, sesión 6 y sesión 12 y conocer los cambios individuales de las nuevas conductas individuales que se fueron desarrollando a través de las sesiones como: Grado de entusiasmo al comenzar la sesión, lenguaje sonoro verbal y no verbal, destrezas específicas presentadas en esa sesión, nivel de integración al grupo, entre otros factores. Se pudo evidenciar que casi todos los integrantes presentaron cambios conductuales favorables en su estado emocional.

Entre los cambios más evidente se menciona:

1. El grado de entusiasmo fue mejorando conforme se avanzó con las sesiones
2. Las respuestas a las diferentes consignas fueron siendo cada vez más rápidas y espontáneas, según el grado de confianza y entusiasmo que cada paciente iba presentando en el desarrollando del programa.
3. El manejo de la comunicación sonora, fue aquella particularidad que se diferenció más en cada una de las participantes; sin embargo se mostró en cada uno de ellos una participación positiva.
4. A nivel de relajación, se observó que gran número de pacientes lograban relajarse, conforme se avanzaba en las sesiones, debido a que atribuían que la música y los instrumentos musicales utilizados para este propósito les ayudaban a conseguirlo. Entre los instrumentos utilizados se menciona: el palo de lluvia y los cuencos tibetanos.

4.5 Conclusiones del análisis de las sesiones musicoterapéuticas a través del análisis de la ficha grupal:

El seguimiento con la ficha de monitoreo grupal se utilizó en cada una de las sesiones, esta ayudó a evaluar parámetros como: uso de las consignas y la efectividad de estas, beneficios que se lograban observar al utilizar instrumentos musicales como de la música utilizados en la sesión, como otros datos vinculados al espacio y ambiente en general donde se efectuaría la sesión, a más de otros imprevistos ocurridos, de lo cual se hace mención lo más relevante:

- Las consignas utilizadas en todo el taller fueron generalmente verbales y semidirectivas.
- La utilización de instrumentos musicales del género de percusión fueron de gran utilidad para abrir canales de comunicación no verbal, especialmente el bombo y las maracas que fueron utilizados como instrumentos integradores.
- La música editada de sonidos de la naturaleza, música andina ayudaron a conseguir estados de relajación significativos.
- La utilización de escuchar música y expresar por medio del dibujo fue de gran impacto emocional para los participantes.
- La expresión musical grupal, ayudo a elevar el estado emocional después de la quinta sesión.

Resultados obtenidos después de la aplicación del programa

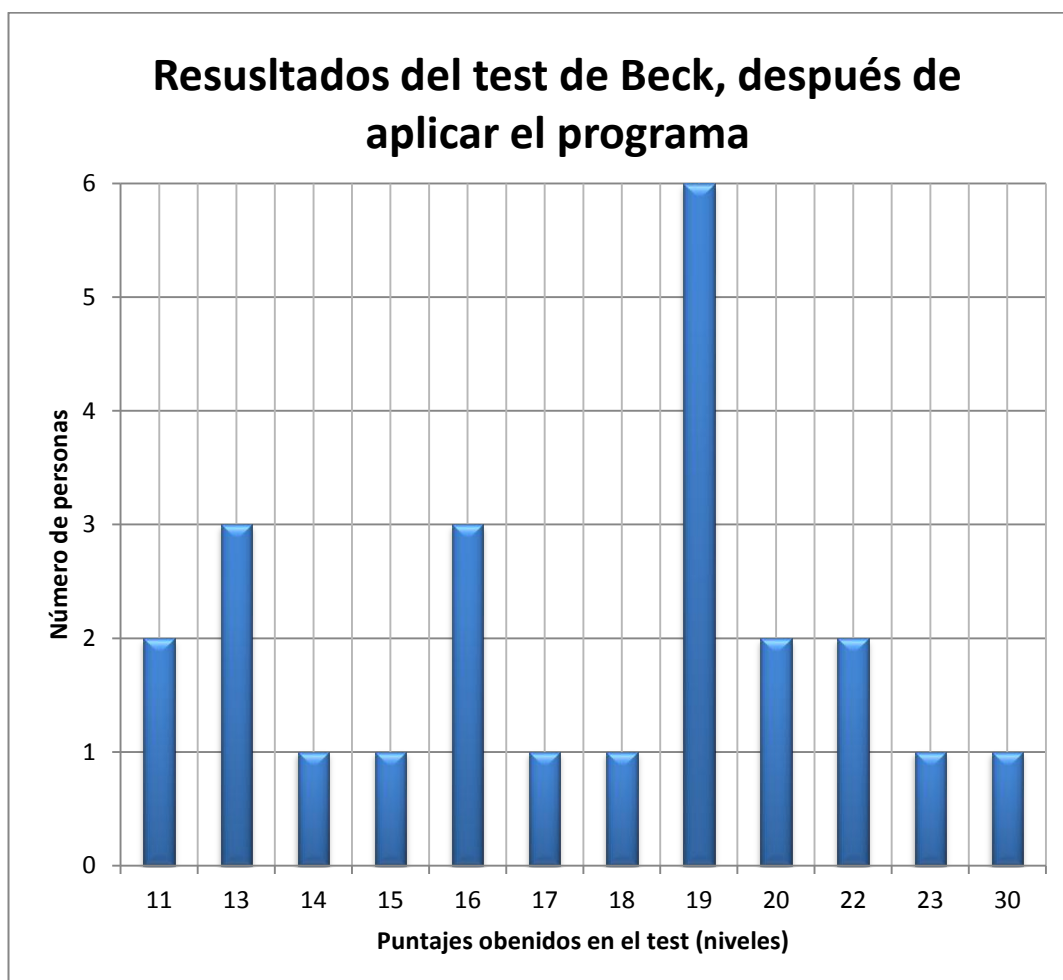


Gráfico 14. Niveles de depresión de los participantes después de la aplicación del programa con musicoterapia

En esta figura #14 se resalta los niveles de depresión que presentó cada participante después de culminado el programa. De lo cual se evidencia que: 12 pacientes presentan una puntuación menor a 19 puntos, indicando una depresión leve; 11 pacientes aún se mantendrían en una depresión moderada, a pesar de haber sufrido una pequeña variación en comparación con el test aplicado al principio. Y una persona presentaría un puntaje de 30 debido a una pérdida familiar que sufrió conjuntamente terminado el programa.

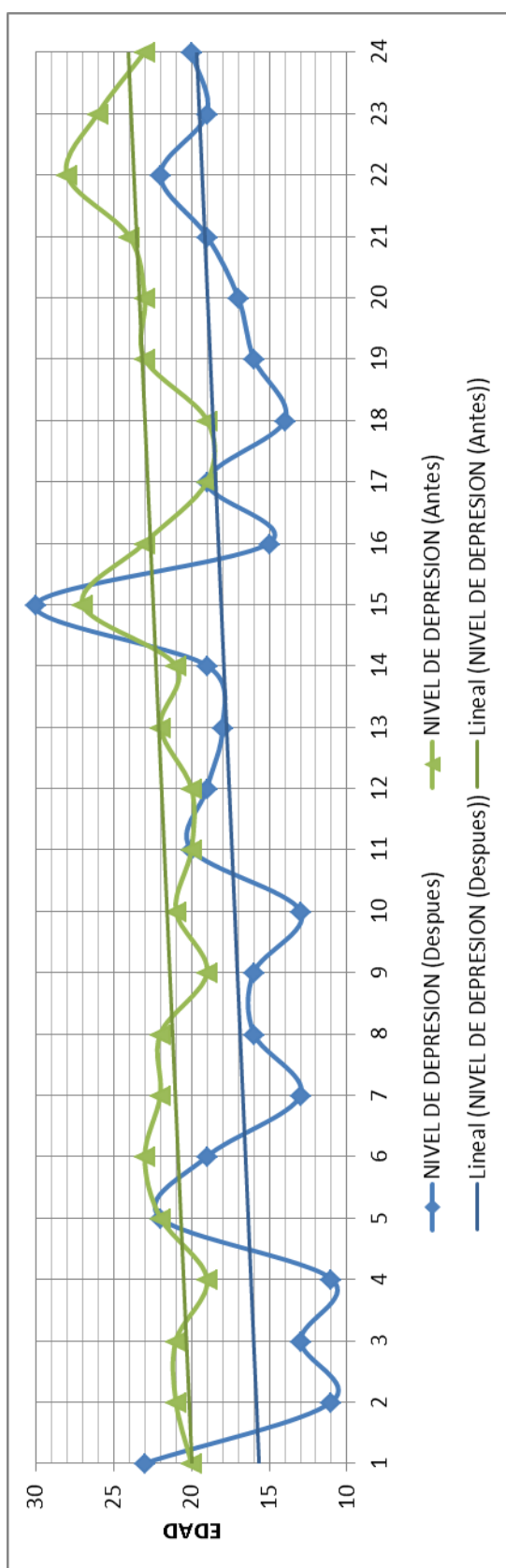


Gráfico 15. Comparación de niveles de depresión y sus tendencias, antes y después del programa.

En el gráfico # 15, se hace una comparación de las puntuaciones obtenidas antes y después del programa con respecto al nivel de depresión. La curva de color verde representa los resultados antes de iniciar el programa y con líneas de color azul el después de la aplicación del mismo; de lo cual se evidencia una mejoría de un 50% de los pacientes al terminar las sesiones. También este gráfico indica el índice de tendencia depresiva, expresando el antes con líneas verdes rectas y el después con líneas azules rectas, lo cual indicaría que la depresión disminuyó de manera uniforme en casi todo el grupo.

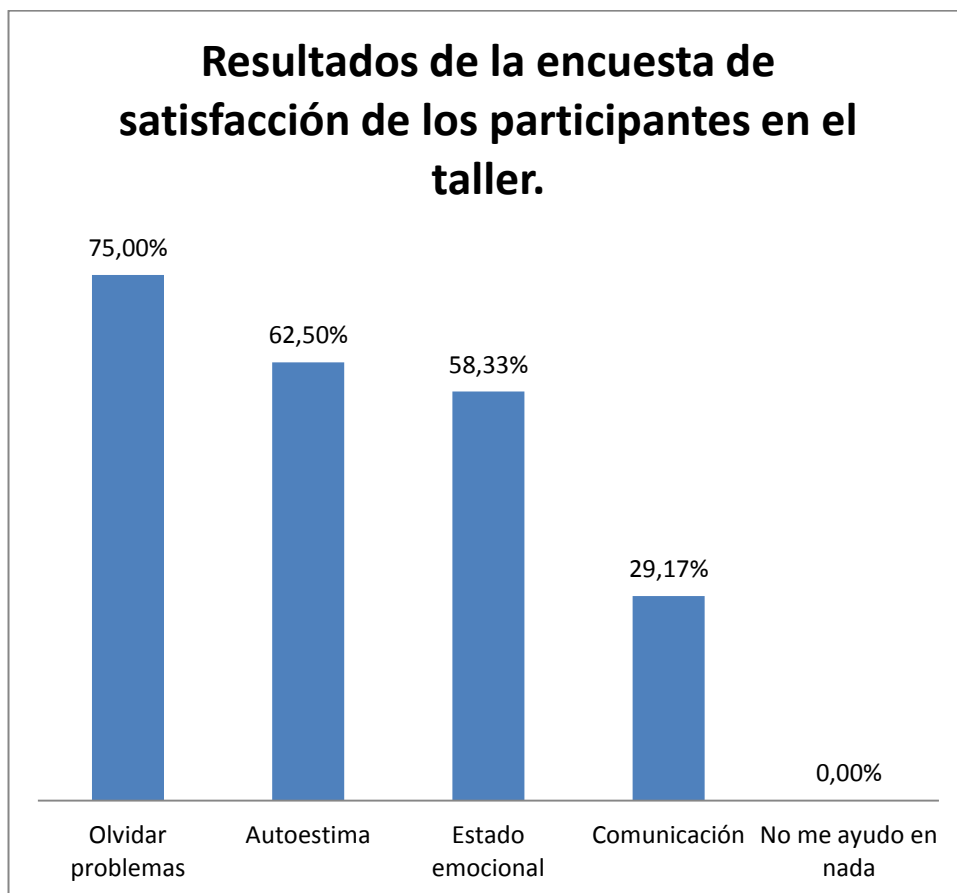


Gráfico 16. Resultados de la encuesta de satisfacción de los participantes en el taller.

Con respecto al gráfico #16, se puede observar que el 75% de las participantes consideran que este taller les ayudó a olvidar sus problemas, lo cual terapéuticamente es satisfactorio, debido a que les permitiría tener una mayor capacidad de afrontamiento ante diversas circunstancias que pudieran estar enfrentando.

Con respecto a los otros índices se observa un porcentaje mayor al 50% tanto a nivel de autoestima y estado emocional, lo cual es igualmente prometedor, por lo que se puede decir que el taller se realizó con mucho éxito

Conclusiones

La propuesta investigativa de este trabajo de grado se planteó como objetivo principal, aplicar un programa de musicoterapia grupal, para mejorar el estado emocional en pacientes de la tercera edad con depresión moderada; este programa se llevó a cabo en las instalaciones de los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de la ciudad de Cuenca – Ecuador, año 2013; de lo cual cumplido el mismo se concluye lo siguiente:

- El envejecer es un proceso natural y gradual, compuesto de una serie de cambios y transformaciones en las distintas esferas: biológica, psicológica y social. Al llegar a la tercera edad o después de la jubilación, es aconsejable las personas traten de mantenerse activas a través de ciertas actividades preferiblemente de carácter grupal, esta ayudará a prevenir la desvinculación social, reforzando mayormente su autoestima.
- De acuerdo a la teoría de Erikson podemos concluir que; los seres humanos atravesamos distintas etapas a lo largo de nuestras vida y el sentirse fracasado o satisfecho en la etapa final, dependerá en gran manera de la sabiduría con la que cada persona resuelva y llegue a reconciliarse con su pasado.
- Con respecto a la depresión y al compararla con factores como: edad, grado de escolaridad, estado civil; se puede decir que las mujeres casadas conforme avanzan en edad tendrían mayor riesgo a sufrir algún tipo de depresión, que aquellas mujeres viudas; esto estaría vinculado a que a mayor edad, la mujer casada no solo tendría que ver por su propia salud, sino también de la atención y cuidado de su cónyuge, que generalmente tendría más años en edad, presentando un mayor problema a nivel físico - cognitivo y mayor grado de dependencia hacia su esposa.

- Se evidencia que las mujeres con mayor nivel de educación presentarían un mejor grado de afrontamiento ante las circunstancias negativas de la vejez, debido a que tendrían mayor satisfacción de logro personal, lo que incrementaría su autoestima y su mayor facilidad de integrarse y pertenecer a un grupo, disminuyendo las probabilidades de caer en algún tipo de depresión.
- Con respecto a la utilización de la musicoterapia como elemento psicoterapéutico, concluimos una vez finalizado las sesiones, que esta ha demostrado poseer un poder terapéutico muy importante al aplicar en personas con depresión moderada, ya que les permitiría ampliar sus canales de comunicación mejorando la sociabilización y su autoestima; a su vez esta influiría a nivel de sus emociones por medio de la música, las cuales al confrontarlas positivamente en grupo le llevarían a generar conductas más asertivas al momento de enfrentar sus problemas, mejorando así su calidad de vida.
- Al analizar cuantitativamente se evidenció que 12 participantes con depresión moderada después del programa presentaron una depresión leve; sin embargo 10 personas que asistieron con la misma constancia mostraron valores similares que antes del taller. Situación que quizá podría estar vinculada al tipo de personalidad u otro factor no considerado en este estudio.
- Cabe resaltar que dos personas del grupo no presentaron cambios favorables luego del taller, lo cual se atribuye a la irregularidad de asistencia que tuvo una de las pacientes, donde de 20 puntos presentados antes del programa, paso obtener un puntaje de 23 puntos luego el programa; en el segundo caso, la paciente habría tenido un fallecimiento de un familiar, por lo que de 23 puntos, paso a obtener un puntaje 30 dando lugar a una depresión de tipo grave.

- Con respecto a la metodología utilizada. la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, fue de gran utilidad al inicio de este programa para realizar la preselección de los candidatos; este test tendría la particularidad de evaluar el estado afectivo en adultos mayores, y no sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos de menor valor. La escala de 21 items del test de Beck, gracias a su sensibilidad para medir la severidad de la depresión, sirvió de eje central para evaluar a los pacientes antes y después del programa y poder valorar la eficacia del programa musicoterapéutico en este tipo de depresión.
- La ficha de preferencias musicales, ayudó a encontrar datos importantes de la vida sonora de los pacientes; a la vez la ficha individual y grupal, sirvió de monitoreo para poder anotar datos relevantes dentro de las sesiones, así como de los cambios conductuales de los participantes. Finalmente la encuesta de satisfacción realizada al culminar las sesiones, dió a conocer el impacto positivo que tuvo este programa en estos pacientes.

Recomendaciones

- Para futuros programas de carácter investigativo se recomienda que los grupos estén conformados de un máximo de 12 participantes; esto ayudará a llevar un monitoreo más personalizado en el seguimiento.
- Para conseguir resultados más positivos en terapia de grupo con pacientes con depresión, el programa no debe constar de menos de 14 sesiones; se recomienda dirigir un mayor número de sesiones a la reconciliación de los sentimientos, anclados negativamente a las melodías, y que se expresarían en la ficha musical.
- Se aconseja usar un test de personalidad y analizar en qué tipo de personalidades la musicoterapia es más influyente al tratar pacientes con depresión.
- La musicoterapia ha demostrado ser una técnica muy eficaz como ayuda a nivel emocional en pacientes con depresión moderada, por lo que se recomienda utilizarla dentro de los programas de salud mental, en coordinación con el departamento psicológico.

Glosario de Términos Musicoterapéuticos Utilizados

Iso: Conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que perteneces a un individuo y lo caracterizan.

Iso universal: Estructura sonora que caracteriza a todos los seres humanos, como: Latidos del corazón, respiración, flujo sanguíneo.

Iso grupal: es la suma de los Isos gestálticos de los miembros de un grupo con determinados objetivos.

Iso complementario: Cambio momentáneo del Iso gestáltico a partir de las circunstancias del momento.

Objeto intermediario: Todo instrumento capaz de actuar terapéuticamente y generar comunicación corporosonoras musicales entre los individuos, sin desencadenar estados de alarma intensos.

Objeto integrador: Capaz de poder liderar frente a los otros instrumentos y servir de vínculo entre los pacientes y el musicoterapeuta.

Instrumentos musicales membranófonos: Aquellos instrumentos que producen el sonido por la vibración de una membrana o piel curtida.

Instrumentos musicales Idiofonos: Aquellos instrumentos que producen el sonido por la vibración del instrumento entero. Estos por lo general son el grupo más diverso y se clasifican según el modo de producir las vibraciones: entrechocados, percutidos, sacudidos o raspados.

Instrumentos musicales Cordófonos: Instrumentos de cuerda, donde el sonido es generado por la vibración de la misma, como el arpa, la guitarra, etc.

Bibliografía

1. Jéssica Toro. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista latinoamericana de psicología, Fundación universitaria Konrad Lorenz*, 6.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2002). Barcelona : Masson.
3. Aguera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. España: Graficas Hermanos Gómez S.L.L.
4. Andrews, T. (1993). *La curación por la música*. Colombia: Martinez Roca, S.A.
5. Anna M. Vernia. (2012). *Método pedagógico musical de Dalcroze*. Recuperado el 15 de 02 de 2013, de <http://isearch.avg.com/pages/search.aspx?q=dalcroze+pdf&sap=hp&lang=es-es&mid=8553b40ad48547d0af01d16d383127c1-0e91376b4a932823c7fce0ca000314519d710d37&cid=%7b9AF45419-F5FB-4EEC-8E18-159FF292850A%7d&v=14.2.0.1&ds=AVG&d=09%2f08%2f2012+23%3a34%3a55&pr=fr&sn>
6. Aristides Alfredo Vara Horna. (5 de 2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Recuperado el 14 de 10 de 2012, de http://aristidesvara.net/pgnWeb/libros/arch_libro/Libro_Depresion.pdf
7. Asociación Pro Música de Valladolid. (Octubre de 1999). *Cerebro y Música*. Recuperado el 05 de 01 de 2013, de <http://oratoriayartesescenicas.wikispaces.com/file/view/CerebroyMusica+7.pdf>
8. Balarezo, L. (2007). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*. Quito - Ecuador: Quality Print Cia. Ltda.
9. Balarezo, L. (2010). *psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito- Ecuador: Unigraf.

10. Bazo, G. (2009). *Musicoterapia armonia y salud*. Lima Peru: MIRBET S.A.C.
11. Benenzon R, H. V. (1997). *Sonido- comunicación- Terapia*. España: Graficas Varaona.
12. Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia de la teoria a la practica*. Madrid: Paidos.
13. Benenzon, R., Gainza, V. d., & Wagner, G. (1998). *La nueva musicoterapia*. Argentina: Lumen.
14. Bobes, J., Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2004). *banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatria tercera edición*. Buenos Aires - Argentina: Grafica Pirillo.
15. Castro, C. (2010). *Investigación cualitativa*. Cuenca: Garficas HernándezC.Ltda.
16. Craig, G. J. (2001). *Desarrollo psicológico Octava edición*. Mexico: Perason Educación.
17. Ducourmeau, G. (1988). *Musicoterapia, la comunicación; su función y sus fundamentos en terapia y reeducación*. Madrid: EDAF, SA.
18. Federación mundial de psicoterapia. (1996). Recuperado el 10 de Junio de 2012, de http://www.terapiacorporal.cl/link/donde_hay_vida_hay_sonido.pdf
19. Gallardo, R. D. (2011). *Musicoterapia y salud mental*. Buenos Aires- Argentina: Urgerman Editor.
20. Hamilton, S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.
21. Instituto Cosmobiótico. (16 de 04 de 2007). *Investigación Sonido- Celular: El impacto del sonido en las células humanas*. Recuperado el

06 de 01 de 2013, de http://www.cosmobiological.com/Fabien_man/articulo.htm

- 22.** Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la terapia racional emotiva- conductual* 2 edición. Madrid España: Siglo Veintiuno de España editores, s.a.
- 23.** Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guías Clínicas Geronto Geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor*, 15.
- 24.** Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 25.** Papalia, D., & Olds, S. W. (1997). *Serie psicología del desarrollo humano Volumen tres*. Bogota , colombia: D Vinni Editorial LTDA.
- 26.** Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano 2.Ed: Estudio del ciclo vital*. Madrid España: Pearson Educación.
- 27.** Rivera, J. M. (2005). *Avances en Geriatria*. España: Gabinete de asesoramiento y formación sociosanitaria S.L. GAFOS.
- 28.** Santrok, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El Ciclo Vital decima edición*. Madrid: Imprenta Fareso, S.A.
- 29.** Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez quinta edición*. Madrid: Closas- Orcoyen, SL.
- 30.** Serafina Poch. (2001). *importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano*. Recuperado el 24 de 10 de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/274/27404208.pdf>
- 31.** Sergio Peña y Lillo. (2012). *Envejecimiento normal y patológico*. Recuperado el 09 de 08 de 2012, de http://revistagpu.cl/2012/GPU_junio_2012_PDF/REV_Envejecimiento.pdf
- 32.** Spence, K. (1979). *Música Viva*. Barcelona: Circulo de Lectores S.A.

- 33.** Toro, R. J., & Roldan, L. E. (2004). *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Medellín, Colombia: CIB Cuarta edición.
- 34.** Vanesa Cordantonopulos. (2002). *Curso completo de teoría de la música*. (H. Fernández, Ed.) Recuperado el 28 de 10 de 2012, de <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Curso-completo-de-teoria-de-la-musica/pdf/view>
- 35.** William, Cormier, & Sherilyn. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. España: Desclé de Brouwer, S.A.
- 36.** Yáñez, D. Á., Figueroa, L. L., Villalobos, D. A., & Villacis, D. J. (05 de 2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito, Ecuador: Smart Marketing.
- 37.** Yáñez, D. P., & Padilla, D. D. (2008). *Guías clínicas geronto geriátricas de Atención primaria de salud para el adulto mayor*. r. Quito, Ecuador.

Anexos

ANEXO 1: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

Nombres y apellidos:

Edad:

Telef:

1. ¿Le gustaría formar parte de un taller musicoterapéutico, en donde como base fundamental sea la utilización del ritmo, la melodía y la armonía como fuente para su restablecimiento emocional? Si () No ()
Porque: _____

2. ¿Tiene alguna enfermedad física, orgánica, u otra situación que le impida acudir con facilidad al programa propuesto? Si () No ()
Cual: _____

3. ¿Presenta algún problema grave a nivel auditivo? Si () No ()

4. ¿A qué situación atribuye usted su bajo estado de ánimo?

5. ¿Toma medicación para controlar su estado de ánimo, Cual y desde hace que tiempo: _____

6. ¿Asiste algún tipo de terapia o taller dentro o fuera de la institución con el fin de mejorar su estado emocional? Si () NO ()
Cual: _____

7. ¿Tiene algún conocimiento académico en cuanto a música?
Si () NO ()
Especifique: _____

Observaciones:

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE MODIFICADA

	SI	NO
1 ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 ¿la mayor parte del tiempo está de buen humor?	1	1
6 ¿Tiene miedo a que le pase algo malo?	0	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer las cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	0	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	1	1
12 ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

PUNTAJE TOTAL _____

Normal (0-5) Probable depresión (6- 9) depresión estable (10 o más)

ANEXO 3: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI).

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracaso

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO 4: FICHA MUSICAL

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Lugar de Origen:

Estado civil:

Instrucción:

Edad:

1. ¿Generalmente escucho música para?

- relajarme ()
- alegrarme ()
- recordar ()
- distraerme ()
- No me gusta escuchar música ()

2. ¿Cuándo estoy alegre prefiero escuchar?

- | | |
|--------------------|------------------|
| • Pasillos () | • Albazos () |
| • Baladas () | • Merengues () |
| • Boleros () | • Salsa () |
| • Cumbias () | • Yaravís () |
| • Instrumental () | • Pasacalles () |

Otro género mencione cual:

3. ¿Cuándo estoy triste prefiero escuchar?

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| • Pasillos () | • Merengues () |
| • Baladas () | • Otra, mencione cual |
| • Boleros () | _____ |
| • Cumbias () | |
| • Instrumental () | |
| • Albazos () | |
| • Yaravís () | |
| • Pasacalles () | |

4. ¿Existe algún instrumento musical que le guste en especial?

¿Por qué?

5. ¿Qué sonido o música le agrada escuchar o le produce tranquilidad?

6. ¿Qué sonidos, ruido o música le desagrada y cuál suele ser su reacción frente a esta?

7. ¿Hay alguna canción en especial que le guste escuchar y que sentimientos le suele causar esta? Si () No ()

Observaciones:

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Diego Fernando Lazo G.

Estudiante próximo a egresar de la Carrera de Psicología Clínica.

Descripción:

Entiendo que Diego Lazo González próximo a egresar de la carrera de psicología clínica de la Universidad del Azuay, está realizando esta investigación con el objetivo de efectuar un programa de 12 sesiones de musicoterapia para mejorar el estado emocional de las personas que asisten a los Servicios Sociales de la Tercera edad del IESS.

A su vez entiendo que si estoy llenando este documento es debido a que en los test que se me aplicaron anteriormente se encontró que presento un nivel de depresión moderada., pero que a su vez poseo el estado físico y mental adecuado para poder ser parte de este programa para mejorar este estado.

También estoy al tanto que dicha investigación se realizará en las instalaciones de esta institución y que el estudiante hará uso de los resultados para sustentar su tesis, pero sin personalización alguna.

Si llegara a ser parte de este estudio, estoy al tanto que:

- Se me aplicará una ficha musicoterapéutica para conocer mi preferencia musical.
- Seré parte de 12 sesiones de musicoterapia.
- Al finalizar el programa se me realizará otra valoración psicológica para saber si existió en mí un cambio emocional positivo.

Riesgos/Beneficios para los participantes

Como beneficio principal de este taller entiendo que será el de brindar un mejor estado emocional de los participantes y que a su vez los riesgos que

se puedan suscitar son mínimos, como por ejemplo: La posibilidad de no sentirme cómodo inicialmente con el tipo de intervenciones. Aunque esto es improbable, debido que la naturaleza de las sesiones serán de carácter motivador y sin riesgos para la salud en general.

Costos y pagos de los participantes:

Entiendo que no recibiré ningún pago por mi participación y tampoco supondrá ningún costo para mí.

Confidencialidad y privacidad:

Toda la información obtenida en este estudio es completamente confidencial y los datos obtenidos serán utilizados debidamente como indican las leyes de protección de datos.

El derecho de los participantes de retirarse del estudio:

Entiendo que tengo el derecho de rechazar o retirarme en cualquier momento del estudio sin penalización alguna. A su vez si decidiere retirarme puedo exigir que mis datos sean destruidos.

Consentimiento Voluntario del participante

Después de haber leído este documento y entendido completamente el mismo, consiento voluntariamente participar el estudio respectivo de investigación. Si en caso necesitara se me aclare alguna pregunta en el futuro sobre este estudio, serán contestada por el investigador ya mencionado. Este consentimiento termina una vez terminado este estudio

Nombre:

Firma del participante

ANEXO 6: FICHA INDIVIDUAL DE OBSERVACIÓN MUSICOTERAPEUTICA

Sesión n°

Fecha:

Grupo:

Nombre del / la paciente:

1 ¿Cómo se observa al paciente al comenzar la sesión?

Alegre () Indiferente () Relajado ()

Triste () Ansioso () Otros: _____

2. ¿Cómo respondió generalmente el participante a cada una de las consignas?

a. Rápidamente () b. Después de un breve momento ()

c. Después de haber Observado () d. No participó ()

Observaciones: _____

3. ¿Demuestra tener destreza de comunicación sonora, al manejar su cuerpo, la voz o algún instrumento musical?

Si () No () un poco ()

Como se da esto: _____

4. ¿Se observó alguna complicación al momento de realizar las distintas dinámicas o ejercicios de relajación?

Si () No () un poco ()

¿Cuál?:

5. ¿Cómo se observó su integración al grupo en esta sesión?

Muy buena () Buena () mala () No consiguió integrarse ()

6. ¿Cómo se observa o refiere el paciente sentirse al cerrar la sesión?

Alegre () Indiferente () Relajado ()

Triste () Ansioso () Otros _____

7. Observaciones en general:

ANEXO 7: FICHA GRUPAL DE OBSERVACION MUSICOTERAPEUTICA

Fecha:

Sesión n°

Hora de inicio:

Hora de culminación:

- 1. Uso de la consigna utilizada durante el taller:** Verbal ()
No verbal () Corporal () Directiva () Semidirectiva ()
No directiva ()

Cómo respondieron los participantes a la misma:

- 2. Instrumentos musicales utilizados durante la sesión, en qué forma se manejó y cuáles fueron los resultados:**

- 3. ¿Se utilizó alguna música registrada? ¿Cuál, cómo y por qué?**

- 4. ¿De las actividades planificadas y realizadas en la sesión, cuál mostró ser la más significativa para los participantes en ese momento?**

5. ¿Hubo asistencia de todos los participantes a la sesión?

Si () No ()

6. Datos del espacio y otros imprevistos durante la sesión:

¿El nivel de luz fue el adecuado?: **Si () No ()**

¿La temperatura fue la adecuada?: **Si () No ()**

¿El olor del lugar fue adecuado?: **Si () No ()**

¿Se presentó sonidos exteriores imprevistos? **Si () No ()**

¿Se presentó interrupciones inesperadas durante la sesión?

Si () No ()

OBSERVACIONES PARTICULARES SUSCITADAS EN LA SESIÓN

ANEXO 8: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL TALLER DE MUSICOTERAPIA ASISTIDO

No es necesario que escriba su nombre, solo conteste con sinceridad.

Las sugerencias a esta encuesta, nos ayudará a saber de qué forma el taller de musicoterapia del cual usted fue parte, ayudó a mejorar su estado emocional. A su vez su sinceridad a la misma nos será de gran utilidad para brindar en los próximos cursos un mejor desempeño del mismo.

- 1. ¿Considera usted que el taller de musicoterapia del cual fue parte ayudó a que su estado emocional mejore de alguna manera?**

Si () No () Un poco ()

- 2. ¿Después de haber sido parte de este taller, volvería usted a inscribirse nuevamente en un taller parecido?**

Si () No () Tal vez ()

- 3. ¿Considera que cada una de las sesiones tuvieron sentido y un propósito psicoterapéutico?**

Si () No () En parte ()

- 4. ¿Piensa usted que el terapeuta pudo motivarle y hacerle entender cada una de las dinámicas a realizarse?**

Si () No () Un poco () No se dio a entender ()

- 5. ¿Cree usted que este taller musicoterapéutico le ayudó a?**

- Distraerme y olvidar en algo mis problemas ()
- Mejorar mi autoestima ()
- Mejorar mi estado emocional ()
- Mejorar mi comunicación ()
- No pienso me ayudó relativamente en nada ()

6. ¿Alguna sugerencia a considerar?

Gracias por su sinceridad