

UNIVERSIDAD GALILEO  
FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD  
MAESTRIA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

**“Beneficios de musicoterapia en residentes con deterioro cognitivo leve, de Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, San Salvador”**



PLAN DE INVESTIGACION

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

**LINDA LIZBETH MAXINN MOLINA DE BORJA**

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

**GERIATRA Y GERONTOLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2,016

## INDICE

### Introducción

1.	Justificación de la investigación	1
2.	Planteamiento del problema	2
2.1	Definición del problema	2
2.2	Especificación del problema	3
2.3	Delimitación del problema	3
2.3.1	Unidad de Análisis	4
2.3.2	Tamaño de la muestra	5
2.3.3	Ámbito geográfico	5
3.	Marco Teórico	7
3.1	Musicoterapia	7
3.1.1	Concepto de musicoterapia	7
3.1.2	Utilización científica de la música	8
3.1.3	Contexto terapéutico	9
3.1.4	Diferencias y conexiones de la Musicoterapia y otras disciplinas	9
3.2	La musicoterapia y la vida emocional del ser humano	11
3.2.1	La teoría de Le Doux	12
3.2.2	La inteligencia emocional	13
3.3	Efectos de la Música	16
3.4	Modelos de la Musicoterapia	18
3.5	La musicoterapia y la depresión	20
3.6	Deterioro cognitivo leve	21
3.6.1	Diagnóstico	23
3.6.2	Tratamiento	23
4.	Hipótesis	25
5.	Objetivos de la investigación	25
5.1	Objetivo general	25
5.2	Objetivos específicos	25
6.	Bosquejo preliminar de temas y subtemas	26

7.	Métodos, técnicas e instrumentos	28
7.1	Métodos de investigación	28
7.2	Técnicas de investigación	28
7.3	Instrumentos de investigación	28
8.	Cronograma de actividades	29
9.	Recursos	29
9.1	Recursos humanos	29
9.2	Recursos materiales	29
9.3	Recursos financieros	31
10.	Bibliografía	32

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **“Beneficios de musicoterapia en residentes con deterioro cognitivo leve, de Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, San Salvador”**

#### **Introducción**

El envejecimiento es considerado como un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y que se hace más evidente después de la madurez, produciéndose cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno. Este proceso universal, irreversible y progresivo es el resultado de una serie de cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que el factor tiempo introduce en el ser vivo.

La musicoterapia en los gerontes puede contribuir al retardo del deterioro de las facultades físicas y mentales, propiciar la resocialización del anciano marginado al relacionarse con personas de su misma generación, proporcionar la recuperación psicológica y aumentar la autoestima, ya que pueden descubrir que, a pesar de los años, hay habilidades y conocimientos que aún pueden adquirir, como componer o interpretar música.

La musicoterapia en los adultos mayores, además de fomentar y desarrollar la comunicación, ayuda a conservar la estabilidad emocional ante hechos tales como la pérdida de familiares y amigos, evitando la aparición de cuadros depresivos y retardando la evolución de procesos demenciales; posibilita la autoexpresión y la integración social, al tiempo que contribuye a una actitud tolerante ante los hechos de la vida.

Por lo anteriormente descrito, surge una propuesta para desarrollar en Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl San Salvador, el incorporar en sus instalaciones y programas, el desarrollo de impartir musicoterapia a los residentes, ya sea que presenten un deterioro cognitivo leve, hasta con enfermedades neurodegenerativas. Contribuyendo a la utilización de métodos no farmacológicos, pero si efectivos para combatir diferentes fenómenos como: depresión, frustración, soledad, enojo, entre otros.

Que esta investigación, sirva de inspiración a las próximas generaciones a unir esfuerzos para implementar musicoterapia a todas las residencias y centros de días, en todo el mundo, como técnicas complementarias en el beneficio de los adultos mayores.

## **1. Justificación de la investigación**

Se desea realizar esta investigación para conocer los beneficios que tiene la memoria musical de los adultos mayores, saber las preferencias musicales de los residentes, esto ayudará hacer las sesiones más operativas, especialmente cuando la actividad tiene por objetivo la estimulación cognitiva y la expresión emocional de los residentes. Utilizando músicas que formaron parte de la historia de los residentes como: Juventud, etapa de enamoramiento y conquista, fiestas, amigos, entre otros; trabajando los recuerdos personales y la memoria, recordando la letra de las canciones y traer a su memoria que cosas acontecían en sus emociones en esa época.

Se desea comprobar que el comportamiento actual como agitación, depresión, agresividad, astenia; mejore con terapias musicales, y desarrolle una mejor conducta en la residencia, como el compartir los mismos géneros musicales con los demás residentes, y hacer uso de estas terapias como un complemento de su tratamiento farmacológico.

En el Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, San Salvador como parte de la realización de mis prácticas geriátricas, tuve la oportunidad de observar ciertos comportamientos conductuales de residentes con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer o con deterioro cognitivo leve a moderado acompañado de comportamientos de enojo, frustración, depresión, tristeza. La musicoterapia podría ser favorable para los residentes, desde la aceptación de la musicoterapia, recordar momentos alegres de su vida, compartir experiencias musicales con otros residentes, etc; es por esta razón que deseo realizar esta investigación para sustentar esta mejoría de estado de ánimo, de depresión o sentimiento de soledad y abandono, y sobre todo como el uso de musicoterapia puede beneficiar en su terapia farmacológica.

## **2. Planteamiento del problema**

### **2.1 Definición del problema**

La musicoterapia es una disciplina del campo de la salud, que utiliza principalmente el recurso sonoro y musical. Tiene objetivos terapéuticos y vincula el arte con la salud. Todo lo que se expresa, desde el sonido, la música, el cuerpo, da cuenta de la subjetividad de la persona que produce y muestra cómo se relaciona consigo mismo, con los otros y con el mundo que lo rodea.

La acción terapéutica puede tener fines preventivos, de tratamiento o rehabilitación en distintos campos de la salud.

En el ámbito de la musicoterapia y la vejez, el principal objetivo consistirá en que el adulto mayor descubra, a través de la experiencia expresiva formas de transitar las problemáticas propias de esta etapa. La experiencia expresiva musical y/o sonora del pasado, adquiere un valor vital, resignificada en el presente. Será desde allí donde el musicoterapeuta abordará los procesos individuales: la historia de vida y la subjetividad.

La modalidad a implementar puede ser de trabajo grupal o individual, en instituciones geriátricas, centros de jubilados, hospitales de día; asimismo los tratamientos podrán ser también con gerontes no institucionalizados, atención en consultorio o a domicilio.

El trabajo en musicoterapia en el área de la vejez, apunta a trabajar sobre los distintos aspectos emocionales, sociales y cognitivos que interfieren en la vida del adulto mayor. Se pueden presentar patologías como demencias, depresiones, accidentes cerebro vasculares, entre otros. También aspectos ligados a la prevención y al envejecimiento saludable.

Desde que nacemos lo sonoro y lo musical nos acompañan permanentemente. No es condición que el paciente tenga algún conocimiento musical, ni que sepa tocar instrumentos musicales, sino que sea de su interés y elija participar de este espacio.

Una de las primeras obras sobre musicoterapia fue escrita en España se debe al monje cisterciense Antonio José Rodríguez, y lleva por título Palestra crítico-médica (1744). En uno de los volúmenes antepone una medicina psicosomática a la tradicional y considera a la música como un medio capaz de modificar el estado de ánimo de las personas. También atribuye, efectos anestésicos, catárticos y ciertos influjos influir sobre algunas funciones del cuerpo. Es más, llega a afirmar que “la música es ayuda eficaz en todo tipo de enfermedades”

Francisco Vidal y Careta, médico y catedrático en 1882 realiza la primera tesis musical que compagina la música y la medicina: La música en sus relaciones con la medicina. En ella llega a las siguientes conclusiones: • La música es un agente que produce descanso y distrae al hombre. • Es un elemento social. • Moraliza al hombre. • Es conveniente aplicarla en la neurosis. • Sirve para combatir estados de excitación o nerviosismo.

## **2.2 Especificación del problema**

¿Cuáles son los estados de depresión de los residentes del Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl?

¿Cómo mejorarán las relaciones interpersonales de los residentes al participar en musicoterapia?

¿Cuál será la modificación en el patrón de consumo de fármacos antipsicóticos y antidepresivos al participar en musicoterapia?

## **2.3 Delimitación del problema**

En la actualidad el uso de la música como terapia tiene carácter científico y hay profesionales dedicados a tales tareas. En los principales países de Europa está bastante extendida en la teoría y en la praxis, aunque su incorporación al mundo universitario data de hace unos cuarenta años.

Cada nota musical contiene cualidades físicas específicas que se interpretan de manera matemática. Estas notas musicales tocadas de diferentes maneras, en diferentes intervalos, con diferentes ritmos, dinámicas y volúmenes, también influyen el ser humano de manera psicológica

Una de las importantes cualidades de la música es su flexibilidad. La música puede ser usada de manera pasiva (solo escuchando), activa (tocando un instrumento), pasiva y activa a la vez (tocando instrumentos y escuchando, inactiva (silencio absoluto). de manera grupal (socializando) individual (explorando creatividad y expresión personal).

Es por esta razón, que se llevara a cabo esta investigación en un periodo de 6 semanas, iniciando la última semana de agosto y finalizando a principios de octubre, contara con 2 sesiones individuales de 15 minutos cada una, en la cual se efectuará la terapia a 7 u 8 residentes por día, haciendo un total de 15 sesiones por semana y el día domingo de 3 a 5 pm se hará una sesión grupal con los 15 residentes; en la cual se observara que actitudes o comportamientos presentan al compartir ciertos ritmos o música; se utilizará en estas sesiones bocinas y en algunas ocasiones acompañado de algún instrumento musical.

En la sesiones individuales y grupales se llenará ficha de comportamiento en la terapia; antes, durante y posterior a la sesión, se solicitara a personal de enfermería que escriba el comportamiento conductual que presenta antes, y en el transcurso del día que se ha recibido la musicoterapia; como alegría, preocupación, facilidad o problema de conciliar sueño, llanto, etc.

### 2.3.1 Unidad de Análisis

Este estudio se llevará a cabo en Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, San Salvador, del 30 de agosto al 9 de octubre de 2016.

#### 2.3.1.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición de la variable	Medición de la variable
<b>Sexo</b>	Características biológicas del individuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
<b>Edad</b>	Número en años, según fecha de nacimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto mayor: persona con 60 años o mas</li> </ul>

<b>Deterioro cognitivo leve</b>	Se tomará en cuenta, resultado de Minimental Test	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• grave</li> </ul>
<b>Depresión</b>	Se tomará en cuenta resultado de Test de Yesavage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Grave</li> </ul>
<b>Ubicación</b>	Residentes de Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl San Salvador	

Fuente: Elaboración Propia

### 2.3.2 Tamaño de la muestra

En el Hogar de Ancianos San Vicente de Paul hay 76 residentes, de los cuales 6 presentan demencia tipo Alzheimer, 4 demencia vascular, 2 demencia tipo cuerpos de Lewis, 16 se encuentran en hospitalización y su estado de salud no permite que se realice investigación en ellos, 2 residentes menores de 60 años, 2 residentes con parálisis cerebral desde infancia, 3 enfermedades psiquiátricas, 12 con deterioro cognitivo moderado a grave y 29 con deterioro cognitivo leve.

Se tomó como muestra 15 personas por ser colaboradoras y al preguntarles quieren participar en investigación, apoyadas por sus familiares, disfrutan de la música, ya que algunos fueron músicos por profesión, pasatiempo y una licenciada en artes musicales graduada en USA.

#### 2.3.2.1 Métodos de muestreo y cálculo de la muestra

Dado que la población en estudio es de tipo finita, es decir se conoce que en total son 76 residentes, de los cuales se tomará el valor de muestra de 15 residentes para ésta investigación por ser una cantidad significativa; han cumplido criterios de inclusión y son participativos, tanto ellos como sus familiares en incluirlos en esta investigación.

### 2.3.3 Ámbito geográfico

El Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl San Salvador, está localizado en zona urbana de Antiguo Cuscatlán, está construido en media manzana de terreno, el cual fue donado hace 100 años por la familia Dueñas; actualmente su administración es por la Sociedad de Las Señoras de la Caridad, dirigida por una junta directiva.

Es sostenido económicamente por donaciones de empresas y personas altruistas, además de llevar a cabo diferentes actividades para recaudar fondos; el otro porcentaje lo cubre los familiares de los adultos mayores que pagan una mensualidad en concepto de residencia para adultos mayores.

Los 76 residentes, provienen de diferentes zonas del país, todos son alfabetos, poseen carreras técnicas en la mayoría, grandes deportistas de su época, algunos fueron pequeños o medianos empresarios, amas de casas, maestras o enfermeras.

Solo 15 personas, no tienen familia responsable y su escolaridad fue mínima, ya que muchos de ellos eran indigentes; el Hogar se ha hecho responsable de toda su manutención y cuidados.

### **2.3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- Ser residente de Hogar de Ancianos San Vicente de Paul
- Edad igual o mayor de 60 años.
- Género masculino o femenino.
- No tener antecedentes de accidente cerebro vascular
- No tener antecedente de algún tipo de demencia
- Que le guste escuchar música
- Presentar deterioro cognitivo leve, según Minimental Test

Criterios de exclusión

- Ser menor de 60 años
- Tener antecedente de accidente cerebro vascular
- Presentar trastornos psiquiátricos

- Tener algún tipo de demencia
- No le guste escuchar música
- No le guste participar en actividades de ocio.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Musicoterapia**

Existen técnicas que con el paso del tiempo pierden actualidad, decrece su interés. No así con la musicoterapia, cuya expansión aumenta de día en día, responde a la crisis existente, en nuestra sociedad, en el área de la vida emocional del ser humano.

Etimológicamente hablando, «musicoterapia» es una mala traducción del inglés, en donde el adjetivo («música») precede al sustantivo («terapia»). La traducción correcta sería la de «terapia a través de la música». Por tanto entra de lleno en el campo de la sanidad.

La musicoterapia está integrada en el grupo de las terapias creativas, junto con la danza-terapia, arte-terapia, poesía-terapia y psicodrama. No es una terapia alternativa.

A las artes-terapia se les ha llamado también «terapias adjuntas», pero este calificativo es rechazado por muchos expertos, entre ellos el Prof. ZWERLING —del Departamento de Ciencias de la Salud Mental del «Hahnemann Medical College and Hospital» de Filadelfia—, quien encuentra en la denominación de «adjuntas» un matiz minusvalorativo, como si fueran algo «subordinado a», cuando según él se trata de terapias en sí mismas.

Estas formas de terapia provocan respuestas precisamente al nivel en el cual los psicoterapeutas tratan de llegar al paciente y lo consiguen de un modo más directo e inmediato que cualquiera otra terapia verbal tradicional (ZWEERLING, 1979). Mientras que SCHUBERT (1975) defiende la teoría según la cual las artes creativas-terapia se relacionan íntimamente con los procesos primarios mucho más que las terapias verbales. ZWERLING (1979) asegura que estas terapias se dirigen o afectan en primer lugar al hemisferio cerebral derecho, mientras que las terapias verbales afectan más al hemisferio cerebral izquierdo, una hipótesis que ha sido apoyada por otros expertos.

##### **3.1.1 Concepto de musicoterapia**

La musicoterapia puede definirse 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».

Al decir «arte de la música» se alude al hecho de que sólo la música que sea arte puede ayudar realmente al ser humano, debido a su significado profundo. Este significado profundo se lo da no el contenido intelectual sino el emocional; lo que realmente cura o ayuda es la emoción que sugiere o puede sugerir la obra de arte. (Lazo, 2013)

### **3.1.2 Utilización científica de la música**

La Musicoterapia es una ciencia porque supone «objetividad, colectividad, repetición y verdad» . En musicoterapia existen métodos y procedimientos fruto de investigaciones científicas en los ámbitos musical, terapéutico (biológico, neurofisiológico, médico, psiquiátrico, de educación especial, de marginación social) o musicoterapéutico (efectos de la música sobre el ser humano, efectividad de la musicoterapia en los distintos cuadros clínicos, etc.). Sin investigación científica la musicoterapia no podría subsistir; por otra parte, la utilización científica de la música supone también, de entrada, que cualquier actividad musical, en sí misma, no es terapéutica.

La danza: En la definición se incluye a la danza como método a utilizar en las sesiones, dado que los pueblos mediterráneos, tienen tendencia a asociar la música con la danza, dado que ésta no es más que la traducción corporal y emocional de la música.

#### **3.1.2.1 ¿Música o sonido?**

Algunos autores, en sus definiciones de musicoterapia mencionan al sonido como elemento terapéutico. En muchos congresos mundiales o europeos se ha debatido este aspecto. En musicoterapia hablamos de música, no de sonidos aislados, porque éstos ya son objeto de la medicina física, como infrasonidos, ultrasonidos, etc. Ciertamente la música está compuesta por sonidos pero es algo más: es una estructura, un lenguaje, un arte.

Decir que la musicoterapia tiene por objeto el sonido como elemento terapéutico sería como decir que el objeto de la poesía son las letras o los fonemas. HEVNER (1935) considera que los sonidos o los acordes aislados no son música porque son presentados

fuera del contexto de una composición musical. Los compositores que atribuyen tristeza y melancolía a un modo menor tienen presente este efecto sólo cuando forma parte de una composición musical. K.H. MUELLER (C.T. EAGLE, 1973) sugiere, por su parte, que para provocar un estado de ánimo determinado el compositor precisa con frecuencia que la pieza musical dure diez o trece minutos. Por lo tanto, si un sonido aislado no puede producir un estado de ánimo porque no es música, en consecuencia parece más adecuado hablar solamente de música (y no de música y sonido) al definir a la musicoterapia.

### **3.1.3 Contexto terapéutico**

La finalidad de la musicoterapia es la de ayudar al ser humano de muy diversos modos (musicoterapia preventiva) y al ser humano enfermo, (musicoterapia curativa). Por ello, el musicoterapeuta es un miembro más en un equipo terapéutico o en un equipo de Educación Especial o en el equipo psicosocial.

La musicoterapia es un proceso sistemático que supone «empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca (entre terapeuta y paciente) y relación como rol terapéutico». (BRUSCIA, 1989). Para BRUSCIA (1987) «La musicoterapia es un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio». Si la musicoterapia, siguiendo esta definición, es un proceso, entonces constará de diferentes etapas, que en este caso son las siguientes: información sobre los trastornos a tratar, trazado de objetivos, tratamiento, evaluación, seguimiento y finalización del tratamiento».

### **3.1.4 Diferencias y conexiones de la Musicoterapia y otras disciplinas**

A. Educación musical:

La diferencia esencial entre la Educación Musical y la Musicoterapia deriva de su finalidad: la primera pertenece al campo de la Educación y la segunda, al campo de la terapia, de la Medicina. La Educación Musical pretende:

a.) Desarrollar la sensibilidad estética a la música.

b.) Desarrollar capacidades y aptitudes musicales, a través de técnicas de aprendizaje musical.

La musicoterapia utiliza a la música como medio terapéutico de ayuda al ser humano enfermo o con problemas.

En musicoterapia no se enseña ni música, ni danza, ni canto, de un modo expreso, excepto en determinados casos. Importa poco la perfección en la expresión musical del paciente. Lo que importa es que se exprese. Por ello en las sesiones cualquier forma de expresión es aceptada y aplaudida, excepto cuanto pueda ser en perjuicio del propio paciente o del grupo de pacientes.

La musicoterapia no es un método de educación musical como hace años defendió la «International Society for Music Education» (ISME), sino una terapia, la cual es competencia del profesional musicoterapeuta formado en un contexto universitario y no del profesor de Música, ya que carece de la formación adecuada.

#### B). Terapia Ocupacional

Se ha descrito, a la Terapia Ocupacional, como cualquier actividad, mental o física prescrita y dirigida con el fin de ayudar al enfermo a recuperarse de su enfermedad o accidente.

Las sesiones de musicoterapia ocupan un tiempo, lo cual es común a cualquier terapia y de un modo específico a la terapia ocupacional, pero la musicoterapia es mucho más que esto. Si la musicoterapia pretendiera únicamente llenar un tiempo, bastaría con hacer escuchar música a los pacientes, sin más. Esto llenaría un tiempo, pero sus efectos sobre cada paciente serían del todo imprevisibles, no serían terapéuticos porque estas actividades actúan de un modo indiscriminado, pudiendo ser beneficiosos o nocivos.

En terapia ocupacional puede utilizarse la música como audición musical o canto pero esto, como mucho, son actividades musicales, pero no sesiones de musicoterapia, porque le falta la estructura de dichas sesiones, la finalidad y la dirección del profesional musicoterapeuta.

C). Como auxiliar en otras disciplinas:

La música es un elemento tan connatural al ser humano que es difícil encontrar una actividad en la que no se pueda utilizar, tal como, en:

a.) Fisioterapia y Psicomotricidad: La utilización de la música puede ayudar a acompañar, reafirmar o coordinar los movimientos del paciente. O como ayuda en la relajación.

b.) Logopedia: El ejercicio del canto es útil como refuerzo y como ayuda en la coordinación motora y en la pronunciación.

c.) Arte Terapia: Una música de fondo ayuda a la concentración y favorece la inspiración poética, dramática o plástica.

d.) Recreación: La música bajo la forma de canciones de corro o baile es un buen recurso pedagógico.

e.) Psicodrama: La música puede formar parte como soporte de la acción dramática o como medio de crear una atmósfera afectiva.

Pero en todos los casos apuntados no se trata de sesiones de musicoterapia en ningún caso, por el simple hecho de utilizar música. Se trata de actividades musicales pero no de musicoterapia.

### **3.2 La musicoterapia y la vida emocional del ser humano**

Las carencias existentes en el área de la educación y la salud emocional de los seres humanos de nuestra sociedad, explican la actualidad de esta terapia y su necesidad. A propósito de ello resultó impactante la actuación del eminente pianista Lorin Hollander en la sesión de clausura del IX Congreso Mundial de Musicoterapia en Washington (Nov. 1999), y la conferencia que dio exponiendo la tremenda situación que vive la infancia y juventud de EE.UU. a causa de agresiones y abusos de todo tipo que sufren por parte de los adultos o de los mismos adolescentes y niños. Una de las causas que señaló era la

desaparición de la figura del maestro tradicional, que aparte de enseñar, educaba a los niños. En EE.UU. se plantean la creación de la figura del «mentor» (educador en el sentido más profundo de la palabra o que los maestros volvieran a asumir este rol.

Los niños y adolescentes viven sin ningún soporte emocional, muchas veces. Propuso que el musicoterapeuta asumiera este rol, dado que el sujeto de su actuación son los sentimientos humanos y la música es el lenguaje de nuestra afectividad. En la práctica profesional de la autora pudo ejercer este rol, aún sin proponérselo. Las situaciones que se crean en las sesiones llevan a ello. Y los resultados suelen ser excelentes debido a que la música es el medio más adecuado para llegar a influir en la vida emocional del niño y del adolescente. Las sesiones de musicoterapia contribuyeron a la educación de sus sentimientos, a suplir sus carencias, etc.

### **3.2.1 La teoría de Le Doux**

Las recientes investigaciones en el campo de las Neurociencias de Le Doux y otros han llamado la atención acerca de la importancia de las emociones en la vida del ser humano, al demostrar:

1º.-El importante papel desempeñado por la amígdala en el cerebro emocional (Le Doux, 1986).

2º.-Asigna otras funciones muy diversas a otras estructuras cerebrales (LE DOUX, 1993).

3º.-La amígdala tiene una función de alerta ante cualquier señal de alarma. Manda una señal de alerta al cerebro, disparando la secreción de hormonas corporales que predisponen a la lucha o a la huída, activando los centros del movimiento y estimulando el sistema cardiovascular, los músculos y las vísceras. También es la encargada de activar la secreción de dosis masivas de noradrenalina, la encargada de reactivar ciertas regiones cerebrales clave como los sentidos y el poner el cerebro en estado de alerta y otras.

4º.-Sus investigaciones revelan por primera vez la existencia de vías nerviosas para los sentimientos que eluden el neurocortex. «Este circuito explicaría el gran poder de las emociones para desbordar a la razón porque los sentimientos que siguen este camino

directo a la amígdala son los más intensos y primitivos» (GOLEMAN, 1996). «Anatómicamente hablando, el sistema emocional puede actuar independientemente del neurocortex. Existen ciertas reacciones y recuerdos emocionales que tienen lugar sin la menor participación cognitiva consciente» (LE DOUX, 1996).

5º.-El hipocampo es el encargado de registrar los hechos y la amígdala registra el clima emocional que acompaña a estos hechos (LE DOUX 1996). «Cuanto más intensa es la activación de la amígdala, más profunda es la impronta y más indeleble la huella que dejan en nosotros las experiencias que nos han asustado o emocionado».

6º.-Memoria emocional: Muchos de los recuerdos emocionales más intensos proceden de los primeros años de la vida y de las relaciones que el niño mantuvo con las personas que lo criaron (especialmente situaciones traumáticas, como palizas o abandonos). Ello porque el hipo campo y la amígdala trabajan conjuntamente. El hipocampo recupera datos puros y la amígdala determina si esa información posee una carga emocional. En esa temprana edad otras estructuras cerebrales como el hipocampo (esencial para el recuerdo emocional) y el neuro-cortex (sede del pensamiento racional) todavía no se encuentran plenamente maduros. La amígdala por tanto, suele madurar mucho más rápidamente y la carga emocional que almacena de las impresiones que recibe, no está controlada, pues, por el pensamiento racional. De ahí que las primeras impresiones que el niño reciba se graben en él de un modo indeleble.

7º- Emociones pre-cognitivas: Esta es la denominación que se da a las señales emocionales que la amígdala proporciona; son muy toscas ya que se basan en sentir antes que en pensar. «Son reacciones basadas en impulsos neuronales fragmentarios, en «bits» de información sensorial que no han terminado de organizarse para configurar un objeto reconocible» (Le Doux, 1996).

8º.- El lóbulo prefrontal izquierdo parece formar parte de un circuito que se encarga de desconectar o al menos, atenuar parcialmente, los impulsos emocionales más negativos.

### **3.2.2 La inteligencia emocional**

El neurólogo DAMASIO (1994), a partir del estudio de pacientes que tenían lesionadas las conexiones existentes entre la amígdala y el lóbulo prefrontal, llegó a la conclusión de

que los sentimientos son indispensables para la toma racional de decisiones, porque nos orientan en la dirección adecuada para sacar el mejor provecho a las posibilidades que nos ofrece la fría lógica. El cerebro emocional está tan implicado en el razonamiento como lo está el cerebro pensante.

«En cierto modo tenemos dos cerebros y dos clases diferentes de inteligencia: inteligencia racional e inteligencia emocional y nuestro funcionamiento en la vida está determinado por ambos» (GOLEMAN, 1996). Aboga para que al tratar de medir la inteligencia (CI) se tenga en cuenta, además, la inteligencia emocional, de lo contrario se obtiene una evaluación incompleta del ser humano.

Además, ni tan siquiera los test de inteligencia existente pueden medir todos los tipos de inteligencia posibles en el ser humano: miden con preferencia, habilidades lingüísticas y matemáticas, cuando existen muchísimas más, como por ejemplo, la creatividad, que es fundamental.

De ahí la gran importancia que reviste el hecho de que se haya llamado la atención acerca de esta realidad constatable: niños que en la escuela prometían mucho por su excelente nivel intelectual pero que en su vida de adultos el éxito no les ha acompañado en absoluto porque han carecido de inteligencia emocional.

Para Gardner (1989), la inteligencia emocional abarca cinco competencias principales:

- 1.- El conocimiento de las propias emociones.
- 2.- La capacidad de controlar las emociones.
- 3.- La capacidad de motivarse uno mismo.
- 4.- El reconocimiento de las emociones ajenas.
- 5.- El control de las relaciones.

Qué puede aportar la Música en la educación emocional

La música no puede ser considerada, jamás, como un lujo, como algo superfluo, o para llenar un tiempo, porque:

- 1.- La música actúa sobre el ser humano de un modo inmediato. Es un auténtico impacto del cual es casi imposible sustraerse.

2.- Afecta al ser humano en su totalidad: biológica, física, neurológica, psicológica, social y espiritualmente.

3.- Llega a todos, porque no requiere intelectualización para ser percibida y nos afecta incluso ya antes de nacer.

4.- La música es un patrón autocurativo (ALTSHULER, 1952), del cual la Humanidad se ha servido desde siempre para ayudar a eliminar tensiones, paliar carencias afectivas y de todo tipo, ser el gran energizante, un medio de unir a los hombres, de acercarse a la divinidad, de expresar la alegría a través de la danza, el dolor de la muerte en las marchas fúnebres, o danzas rituales, la ternura en las canciones de cuna, el amor en las canciones románticas, el coraje en las danzas guerreras, como ayuda en el trabajo, etc.

La música está presente en todas los momentos esenciales de la vida del hombre: nacimiento, trabajo, reposo, amor, muerte, guerra, dolor, enfermedad, relación con la divinidad, etcétera. Existen canciones o composiciones para cada una de estos momentos, en el folklore de todas las culturas.

6.- La Música es una de las Bellas Artes El Arte ha sido considerado siempre como el instrumento más poderoso de que el hombre dispone para profundizar, comprender, refinar, sublimar sus emociones y sentimientos. De ahí el enorme valor educativo y terapéutico del arte para contribuir al equilibrio psíquico del ser humano.

8.- Por la naturaleza de la música en sí Según Susan Langer, la música es: • Una forma de lenguaje simbólico (Langer, 1951, a) • Tiene por objeto expresar el mundo de los sentimientos y puede hacerlo porque, por su forma y estructura, se parece a la forma de las emociones, de modo que esta semejanza hace posible simbolizarlas • La música es una forma simbólica inacabada, lo cual permite al ser humano el ver proyectados en la música sus estados de ánimo. • «Las formas de los sentimientos humanos son expresados con mayor congruencia bajo formas musicales que en forma de lenguaje...» (LANGER, 1951)

9.- Por la naturaleza del ser humano Según la teoría de ANDRÉ MICHEL: a.) Categoría temporal «La música es el arte del tiempo». Toda música es toma de conciencia, ya que

el tiempo es un elemento de la realidad, una categoría. El arte no es otra cosa que un redescubrimiento, una especie de reencarnación de esta realidad, puesto que ha tenido que pasar antes por el crisol de la personalidad del artista. «La música es la más viva, la más concreta, la más completa experiencia del tiempo que se conoce. Es cierto que la obra de arte visual permite al artista sobrevivir al paso del tiempo; sin embargo, la música hace más aún: permite revivir la duración vivida. De ahí que toda música es toma de conciencia, por lo menos, por su percepción del devenir» (MICHEL,1951) b.)

Pensamiento Otra cualidad importantísima se refiere al campo de la conciencia. Únicamente la música hace posible la polivalencia simultánea de varios razonamientos a la vez, lo cual hace que acumule en un mismo instante la mayor profundidad psíquica posible. Cada parte concertante sigue su propia lógica.

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

- Ritmo: Elemento más importante de la música que tiene como función controlar y dividir el tiempo por medio de acentos y valores métricos. Es la duración de notas individuales lo que lo establece.
- Melodía: Elemento principal del arte musical, desempeñando de forma estética la sucesión de notas ordenadas en altura y duración.
- Armonía: Se le conoce como el movimiento y relación entre intervalos y acordes para la combinación adecuada de sonidos, estructura musical y evolución. El sonido y el silencio son los dos estadios de la música. Los cuatro parámetros fundamentales del sonido son:
  - Altura: Frecuencia que produce un cuerpo sonoro. Define a los sonidos como graves y agudos.
  - Duración: Relativo al tiempo que las vibraciones que producen un sonido.
  - Intensidad: Fuerza con la que se da un sonido, dependiente de la energía.
  - Timbre: Cualidad que da la capacidad de distinguir diferentes instrumentos o voces reproducidos simultáneamente.

### **3.3 Efectos de la Música**

Entre los principales efectos que la música produce en los distintos ámbitos de un individuo se encuentra una influencia sobre el funcionamiento cardíaco, frecuencia respiratoria, tensión arterial y función endocrina. La música también provoca cambios en el metabolismo y demás procesos enzimáticos, y es capaz de estimular el tálamo y la corteza, produciendo un efecto excitante, calmante y armonizante sobre todo el organismo (Manchado, 2005). En el campo psicológico, se ha determinado que la música es capaz de facilitar la expresión de sentimientos y emociones, haciendo uso de lenguaje no verbal e instrumentos incluyendo el cuerpo y la voz. Usada adecuadamente, la música puede reducir el estrés, calmar el dolor y estabilizar el estado de ánimo.

La música puede estimular, despertar y desarrollar nuevas emociones y sentimientos. Desempeña el rol de fuente de placer, llevando a la catarsis y sublimaciones, junto a una percepción alterada del espacio y el tiempo. Representa el placer estético, paralelamente induciendo la participación intergrupala y entendimiento cultural. En el ámbito terapéutico se ha hecho el uso de la música para tratar varias dolencias y enfermedades como estados de ansiedad, depresión, estrés, hipertensión, psicosis, autismo y trastornos del comportamiento (Villaseñor, 2002). En una entrevista hecha a un musicoterapeuta reconocido llamado Federico Gabriel Pogoriles (2005) deduce que es erróneo pensar que la música es un medio curativo por sí mismo, pues no existe una canción que pueda “curar” por sí sola una enfermedad. La Musicoterapia pretende un mayor bienestar, y no “curar”, como se creía en la antigüedad. (DOMINGUEZ, 2014)

El musicoterapeuta utiliza la música como una herramienta dentro de un proceso terapéutico. En relación a los géneros musicales (clásica, ambiental, salsa, merengue, boleros, marimba, chachachá, rock, pop, tango, etc.) se conoce desde siglos atrás, que las notas altas junto a tiempos ágiles causan alegría, que las notas bajas y los tiempos lentos producen melancolía, y que la disonancia produce ansiedad y miedo. Relaciones específicas se han postulado a partir del siglo XVII, cuando el compositor francés MarcAntoine Charpentier presentó una lista de diecisiete claves acopladas a estados de ánimo y sentimientos particulares; destaca que, por ejemplo, la nota musical Do mayor se relaciona con música considerada como alegre, Mi bemol mayor con música cruel y agresiva, Sol mayor con música tranquila y alegre.

### **3.4 Modelos de la Musicoterapia**

La Musicoterapia posee diversos modelos de intervención, de los cuales cada uno cuenta con características propias en cuanto a sus objetivos, teoría, utilización clínica y procedimientos. Bruscia (1998) destaca entre estos modelos la Musicoterapia Creativa, propuesta por Nordoff y Robbins, como el modelo que se refiere a la implicación del terapeuta en el trabajo de crear e improvisar la música para las sesiones. Dicho proceso brinda continuidad a las experiencias terapéuticas conforme se dan las sesiones. El mismo autor también menciona a la Musicoterapia Analítica, la cual fue planteada por Priesly en la década de los setentas.

El modelo Analítico de dicha técnica se remonta al pensamiento psicoanalítico, en el cual la improvisación musical implica una variación entre paciente y terapeuta, además del discurso verbal. Se centra en la intervención del terapeuta para explorar la vida interna del paciente para así poder facilitar su desarrollo, sin preocuparse por el perfeccionar, mejorar o incrementar el conocimiento musical del éste. El tercer modelo de Musicoterapia destacado por Bruscia es la Terapia de Libre Improvisación de Alvin, la cual consiste en la improvisación musical, exenta de temáticas determinadas por el terapeuta o de estructuras musicales establecidas. Dicha improvisación se puede hacer mediante actividades como la audición, la composición, el movimiento y la ejecución. La propuesta de Alvin se utiliza como enfoque clínico como parte de un tratamiento médico o psicológico para abordar desórdenes físicos, mentales o emocionales.

Independientemente a Bruscia, otro de los más importantes precursores de la Musicoterapia es Benenzon, quien haciendo uso de su nombre, propuso un modelo basado en el descubrimiento de la historia sonora musical del individuo, tomando como punto de partida sus gustos musicales y la evolución de los mismos. Establece el concepto de ISO o identidad sonora, definiéndolo como conjunto de energías sonoras acústicas y de movimiento que pertenecen y caracterizan a un individuo.

La Musicoterapia nutre de forma dinámica los procesos de comunicación del paciente al estructurar una identidad corporo-sonoro-musical que le caracteriza (Benenzon, 2000). Existen también otros modelos de aplicación de la música con fines terapéuticos y educativos en niños, adolescentes, adultos y ancianos; sin embargo, se toman en cuenta

los principales en el presente estudio. Los modelos mencionados y los omitidos se tienden a clasificar como receptivos o pasivos al dar prioridad a la audición musical; también activos o creativos, estando más orientados al movimiento físico en la ejecución vocal, instrumental o corporal. La clasificación de cada modelo y aplicación es dependiente de la acción física que el paciente desempeña en las sesiones Técnicas de la Musicoterapia. Las técnicas que se aplican en Musicoterapia dependen de cada modelo, pues cada uno cuenta con su propio conjunto de procedimientos y términos para denominarlas.

Resulta importante destacar que las técnicas explicadas a continuación hacen referencia a las que se emplearán en las intervenciones realizadas para el presente trabajo. Bruscia (1999) relaciona las técnicas con la fase específica del proceso del paciente o grupo de éstos, englobando acciones e interacciones de diversas modalidades; entre las cuales se encuentran musicales, no musicales, verbales y no verbales. Dependiendo de la sesión y la técnica o actividad, se puede involucrar al terapeuta y aplicarse en un grupo completo. El autor después de haber revisado los diferentes modelos de terapia de improvisación en Musicoterapia, identificó sesenta y cuatro técnicas clínicas para aplicar individual o colectivamente.

Dichas técnicas fueron agrupadas en nueve grandes grupos:

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

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

Técnicas de empatía: Enfocadas principalmente en establecer la relación terapeuta-paciente, para facilitar una respuesta interactiva, reproduciendo o haciendo en modo de reflejo lo ejecutado por el paciente.

- Técnicas de estructura: Buscan proporcionar una base rítmica y tonal, también definiendo la duración y forma de una idea musical completa.
- Técnicas de intimidad: Proponen tratar los temas de límite interpersonal, desarrollo de cooperación, establecimiento de reciprocidad, acentuar el reconocimiento del otro, solidificar sentimientos de confianza y transmitir reacciones que el terapeuta tiene hacia los pacientes.
- Técnicas de facilitación: Orientadas a permitir y dar mayor acceso a la respuesta musical, estableciendo un clima o estado emocional, exhibir un rasgo particular de la personalidad y centrar la narración en temas específicos para desarrollar las sesiones.
- Técnicas de redirección: Están encaminadas a facilitar la expresión al momento en el que el paciente se estanca o bloquea, fomentando la independencia entre los roles terapeuta-paciente.
- Técnicas referenciales: Se encargan de fomentar en el paciente la proyección de sentimientos y experiencias personales sobre la música.
- Técnicas de exploración emocional: Buscan la expresión de sentimientos difíciles de exteriorizar, motivando a los participantes a encontrar diversas maneras por medio de improvisaciones, recurriendo al intercambio de roles dentro de la improvisación para dar una atmósfera más permisiva y de aceptación.

### **3.5 La musicoterapia y la depresión**

La musicoterapia se ha utilizado de varias formas para abordar la depresión, combinando la aplicación activa o receptiva en pacientes. Es el terapeuta el que hace uso de técnicas clínicas para establecer una conexión con sus pacientes, mediante el desarrollo de un diálogo improvisado el cual posteriormente se vuelve en plataforma para la concienciación emocional. Elizondo (2012) menciona que la musicoterapia tiene un carácter interdisciplinario, el cual puede integrarse con otros tratamientos para brindar a

pacientes la posibilidad de conservar sus capacidades cognoscitivas, trastornos del comportamiento e incluso demorar el curso de enfermedades.

Es una herramienta que puede mejorar las funciones motoras y perceptivas, junto al favorecimiento del desarrollo intelectual y cognitivo; así mismo es un elemento relajante frente a desequilibrios nerviosos y problemas de estrés. Tal y como se plantea en la teoría expuesta anteriormente, la vejez es una etapa más de la vida, en la cual se dan cambios psicológicos, fisiológicos y sociales que determinan el estilo de vida del adulto mayor, presentando una alta incidencia de disminución de autoestima y satisfacción ante la vida, pues tras ser institucionalizado, se atraviesa un proceso de duelo sobre la pérdida de contacto con la familia y amistades, así como la muerte de seres cercanos y pérdida de habilidades que le permiten valerse por sí mismo.

Es debido a éstos y otros factores que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez. Por lo tanto, la musicoterapia, a través del desarrollo dinámico y activo de habilidades motoras junto con la música y expresiones no verbales, fomenta la interacción social entre grupos, brindando un beneficio concreto al bienestar psicológico de las personas y reduciendo así su malestar y desequilibrio emocional.

### **3.6 Deterioro cognitivo leve**

Se denomina “Deterioro Cognitivo Leve” a un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia. En la actualidad, el constructo Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria.

Originalmente el refería a un déficit de memoria en el contexto de funciones no-amnésicas preservadas MCI refería a un déficit de memoria en el contexto de funciones no-amnésicas preservadas (DCL amnésico) pero actualmente el término incluye déficits en otras funciones cognitivas más allá de la memoria. El DCL amnésico es posiblemente

un estado precursor de la enfermedad de Alzheimer. Datos neuropatológicos confirman esta transición del DCL amnésico a enfermedad de Alzheimer. (Mariangeles Pose, 2016)

Historia del concepto y criterios diagnósticos El término Deterioro Cognitivo Leve (DCL) fue introducido en la literatura a fines de la década del 80, con el propósito de referirse al estadio 3 de la escala GDS (Global Deterioration Scale). Luego la escala CDR (Clinical Dementia Rating) se comenzó a utilizar con frecuencia como un instrumento para caracterizar tanto el deterioro leve como las etapas tempranas de la demencia y se estimó que el DCL podría corresponder a un valor de 0,5 en esta escala. De todos modos, luego se observó que estas escalas de severidad no eran adecuadas para distinguir las sutiles diferencias entre el DCL y las etapas tempranas de la demencia.

Al inicio, los criterios originales del DCL enfatizaban la importancia del deterioro de la memoria con relativa preservación de los demás dominios cognitivos, orientando el diagnóstico del mismo hacia una etapa prodrómica de la enfermedad de Alzheimer.

Estos criterios eran: quejas de memoria, preferentemente corroboradas por un informante, deterioro objetivo de la memoria (acorde a valores de referencia), desempeño preservado en los dominios cognitivos no amnésicos (acorde a valores de referencia), preservación de las actividades de la vida diaria, persona sin demencia.

Posteriormente fue imponiéndose la idea de que el DCL representaba una entidad más heterogénea, ya que no todas las formas evolucionaban a la enfermedad de Alzheimer, y que resultaba necesaria una conceptualización más amplia.

A partir de una conferencia internacional de expertos en 2003 se propusieron criterios más amplios que describen cuatro categorías o subtipos diferentes de DCL: - DCL amnésico dominio único - DCL amnésico dominio múltiple - DCL no amnésico dominio único - DCL no amnésico dominio múltiple Recientemente Manes y colaboradores detectaron que algunos pacientes que consultaban por quejas de memoria rendían normalmente en el recuerdo diferido de la evaluación neuropsicológica standard pero padecían un proceso de olvido acelerado que se detectaba con una re-evaluación a las seis semanas. Estos autores sugieren que habría otro subtipo de DCL: el olvido acelerado. Estos fenotipos clínicos, en combinación con diferentes procesos de

patogénesis, pueden sugerir etiologías posibles (de origen degenerativo, vascular o anímico).

### **3.6.1 Diagnóstico**

Es importante enfatizar que si bien las pruebas cognitivas son una herramienta indispensable en la evaluación de estos pacientes, el DCL no es simplemente una entidad neuropsicológica y el diagnóstico final involucra mucho más que una batería de pruebas cognitivas. El clínico debe usar información de la historia clínica, la opinión de los familiares del paciente, los datos de la evaluación neuropsicológica, y las neuro imágenes para determinar el diagnóstico de DCL. Basado en todos los datos el clínico puede decidir que el deterioro cognitivo no es normal pero tampoco cumple criterios de demencia y clasificar al sujeto como DCL.

Es decisión del clínico si éste cree que el paciente está funcionando normalmente o ha alcanzado el umbral de demencia. El proceso diagnóstico se inicia con la queja cognitiva del paciente, en lo posible confirmada por un informante. Esta queja deberá ser confirmada mediante una evaluación neuropsicológica formal. Existe en la actualidad un amplio debate sobre cuáles son las herramientas más adecuadas para detectar el déficit de memoria en el DCL ya que aún no hay prueba que sea el gold standard y esté validada para este fin. Las pruebas de recuerdo diferido se utilizan ampliamente y un rendimiento pobre en éstas se asocia con alto riesgo de progresión a demencia.

### **3.6.2 Tratamiento**

Si bien en los últimos años se han realizado números ensayos farmacológicos en pacientes con DCL acudiendo a las drogas que se utilizan en la enfermedad de Alzheimer, aún no hay evidencia consistente de una terapia farmacológica efectiva para prevenir la progresión de la enfermedad. Se han evaluado principalmente los inhibidores de la acetilcolinesterasa pero los resultados han sido en su mayoría negativos.

Con respecto al abordaje no farmacológico, una revisión reciente sugiere que las intervenciones cognitivas fueron más efectivas en mediciones objetivas y subjetivas de memoria, actividades de la vida diaria y estado de ánimo de los pacientes que en las valoraciones objetivas de otros dominios cognitivos. Dentro de las intervenciones

cognitivas se incluyen los programas de entrenamiento cognitivo, definidos como una guía práctica basada en un set determinado de tareas orientado a ciertos aspectos de las funciones cognitivas que utilizan técnicas específicas.

Otros dos abordajes dentro de las intervenciones cognitivas son la estimulación cognitiva, con el objetivo de incrementar la cognición utilizando un abordaje no específico y la rehabilitación cognitiva, que individualiza el programa según el déficit y las necesidades particulares del paciente y su familia. La eficacia no parece estar asociada al formato individual o grupal de la intervención y ambos tipos presentan ventajas y desventajas. En relación al ejercicio físico, en diferentes estudios observacionales se ha demostrado que el ejercicio físico tendría un efecto protector sobre la demencia tipo Alzheimer y también sobre el DCL.

#### **4. Hipótesis**

- Ho: No presentan estado depresivo los residentes del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul.
- Hi: Si existe estado depresivo en los residentes del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul.
- Ho: No mejorarán las relaciones interpersonales de los residentes al participar en musicoterapia.
- Hi: Si mejorarán las relaciones interpersonales de los residentes al participar en musicoterapia.
- Ho: No se modificara el patrón de consumo de fármacos antidepresivos en los participantes de musicoterapia.
- Ho: Si se modificara el patrón de consumo de fármacos antidepresivos en los participantes de musicoterapia.

#### **5. Objetivos de la investigación**

##### **5.1 Objetivo general**

Conocer los beneficios de la musicoterapia en los residentes con deterioro cognitivo leve de Hogar de Ancianos San Vicente de Paul, San Salvador.

##### **5.2 Objetivos específicos**

- Establecer la relación entre musicoterapia y cambios de conducta en residentes de Hogar de Ancianos San Vicente de Paul San Salvador.
- Verificar por medio de Test de Yesavage, si los residentes con deterioro cognitivo leve ha mejorado su estado depresivo, con la musicoterapia.
- Determinar si el consumo de medicamentos antipsicóticos y antidepresivos han disminuido con la musicoterapia.

## **6. Bosquejo preliminar de temas y subtemas**

### I. Marco metodológico

#### 1.1 Justificación de la investigación

#### 1.2 Planteamiento del problema

##### 1.2.1 Definición del problema

##### 1.2.2 Especificación del problema

##### 1.2.3 Delimitación del problema

###### 1.2.3.1 Unidad de análisis

###### 1.2.3.2 Tamaño de la muestra

###### 1.2.3.3 Ámbito geográfico

#### 1.3 Hipótesis

#### 1.4 Objetivos de la investigación

##### 1.4.1 Objetivo general

##### 1.4.2 Objetivos específicos

#### 1.5 Bosquejo preliminar de temas y subtemas.

#### 1.6 Métodos, técnicas e instrumentos

##### 1.6.1 Métodos

##### 1.6.2 Técnicas

##### 1.6.3 Instrumentos

#### 1.7 Cronograma de actividades

#### 1.8 Recursos

##### 1.8.1 Recursos humanos

##### 1.8.2 Recursos materiales

##### 1.8.3 Recursos financieros

### II. Marco Teórico

#### 2.1 Musicoterapia

##### 2.1.1 Concepto de musicoterapia

##### 2.1.2 Utilización científica de la música

##### 2.1.3 Contexto terapéutico

2.1.4 Diferencias y conexiones de la Musicoterapia y otras disciplinas

2.2 La musicoterapia y la vida emocional del ser humano

2.2.1 La teoría de Le Doux

2.2.2 La inteligencia emocional

2.3 Efectos de la Música

2.4 Modelos de la Musicoterapia

2.5 La musicoterapia y la depresión

2.6 Deterioro cognitivo leve

2.6.1 Diagnóstico

2.6.2 Tratamiento

III. Diagnóstico de la situación actual (Presentación de la información)

IV. Propuesta de mejora, presentación o análisis de la información recabada

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

Anexos

Apéndices

## **7. Métodos, técnicas e instrumentos**

### **7.1 Métodos de investigación**

Los métodos de investigación utilizados para esta investigación serán:

Método descriptivo y experimental.

Según Sampieri (1998, pág 60), los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Esta investigación se considera que es de carácter descriptivo en cuanto permite investigar los beneficios de la musicoterapia en residentes con deterioro cognitivo leve.

Y experimental porque el investigador puede controlar el resto de las variables. Se cuenta con un grupo control (15 residentes con deterioro cognitivo leve), los residentes han sido asignados según criterios de inclusión y el investigador pone a prueba un efecto a la vez. Asimismo, es importante saber que variables se desean probar y medir.

### **7.2 Técnicas de investigación**

La técnica utilizada es la observación; ya que el estudio consiste en evaluar cambios de humor, expresión facial, movimientos corporales al escuchar una canción, tararear o cantar, si presenta cambio de conducta al estar solo o acompañados de otros residentes, observar intercambios de ideas.

### **7.3 Instrumentos de investigación**

Se elaboró un cuadro de recolección de datos acorde a las variables en estudio, instrumento de uso individual, el cual se chequeaba al inicio y durante la musicoterapia, en terapias individuales y grupales. (Anexo 1)

## **8. Cronograma de actividades**

En el cronograma se espera realizar en los meses comprendidos de julio a diciembre de 2016; en los cuales se elabora protocolo, revisión del mismo, recopilación de datos, tabulación de la información, análisis de resultados, redacción y presentación de informe final, hasta la autorización y entrega del informe final de tesis. Ver anexo I.

## **9. Recursos**

### **9.1 Recursos humanos**

Se contará para esta investigación:

- Psicólogo de la institución
- Médico
- Personal de enfermería
- Personas voluntarias para realizar sesión de musicoterapia grupal
- Investigador
- Revisor
- Asesor

### **9.2 Recursos materiales**

Se utilizará material para sesiones individuales:

- Audífonos en diadema
- Dispositivo de MP3
- Fotocopia de Tabla 1: Comportamiento durante musicoterapia
- Bolígrafos
- Tabla porta hojas con clip

Material para sesiones grupales:

- Bocinas
- Dispositivo de MP3
- Fotocopia de cuadro 1: Comportamiento durante musicoterapia
- Bolígrafos
- Tabla porta hojas con clip

Otro material necesario para elaborar investigación:

- Internet
- Laptop
- Impresor
- Cartuchos de tinta color y negro
- Resma de papel bond
- Libreta para toma de notas
- Bolígrafos
- Marcadores
- Post it
- Empastados
- CD/DVD grabable

### 9.3 Recursos financieros

Sesiones individuales:	Precio
<input type="checkbox"/> Audífonos en diadema	\$15
<input type="checkbox"/> Dispositivo de MP3	\$18
<input type="checkbox"/> Fotocopia de Tabla 1: Comportamiento durante musicoterapia	\$0.05
<input type="checkbox"/> Bolígrafos	\$0.25
<input type="checkbox"/> Tabla porta hojas con clip	\$2
Sesiones grupales:	
<input type="checkbox"/> Bocinas	\$45
<input type="checkbox"/> Dispositivo de MP3	\$18
<input type="checkbox"/> Fotocopia de Tabla 1: Comportamiento durante musicoterapia	0.05
<input type="checkbox"/> Bolígrafos	0.25
<input type="checkbox"/> Tabla porta hojas con clip	\$2
Otro material necesario para elaborar investigación:	
<input type="checkbox"/> Internet	\$35
<input type="checkbox"/> Laptop	\$250
<input type="checkbox"/> Impresor	\$30
<input type="checkbox"/> Cartuchos de tinta color y negro	\$15
<input type="checkbox"/> Resma de papel bond	\$15
<input type="checkbox"/> Libreta para toma de notas	\$0.50
<input type="checkbox"/> Bolígrafos	\$0.25
<input type="checkbox"/> Marcadores	\$1
<input type="checkbox"/> Post it	\$0.75
<input type="checkbox"/> Empastados	\$15
<input type="checkbox"/> CD/DVD grabable	\$0.50
IMPREVISTOS	\$25
<b>TOTAL:</b>	<b>\$464</b>

Para esta investigación el total a gastar será de \$464.

## Bibliografía

DOMINGUEZ, D. A. (2014). La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

Lazo, D. (2013). *Diego Lazo Gonzalez*. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay.

Mariangeles Pose, F. M. (14 de octubre de 2016). *academia.edu*. Obtenido de academia.edu:

<http://scholar.google.com/sv/scholar?hl=es&q=deterioro+cognitivo+leve&lr=&oq=Deterior>  
r

**ANEXOS**

## Anexo 1 Comportamiento durante musicoterapia

Fecha:										
Nombre:										
Edad:										
Género musical:										
Tiempo de musicoterapia										
Individual						Grupal:				
Movimientos corporales:			Miembros sup.				Miembros inf:			
Baila:		Si				No:				
Expresión vocal		Suave		Agudo		Grave				
Canta		Si		No		Tararea				
Improvisa		Si		No		Nunca				
Recuerda letras		Si		No		Nunca				
Presenta pena		Si		No		Nunca				
Comunicación con el grupo		Si		No		Nunca				

Fuente: Elaboración propia

		Año 2016					
No.	Descripción	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Elaboración del protocolo de investigación	■	■				
2	Presentación del protocolo de investigación		■				
3	Revisión del protocolo de investigación			■			
4	Corrección del protocolo de investigación			■			
5	Autorización del protocolo de investigación			■			
6	Recopilación de la información				■		
7	Clasificación de la información					■	
8	Tabulación de la información						■
9	Análisis de la información						■
10	Redacción del informe final						
11	Presentación del informe final						
12	Corrección del informe final						
13	Autorización del informe final						
14	Entrega del informe final de tesis						



#### Anexo IV. Escala de Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>		