

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

**TEMA:
“BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN”**

**Estudio neuropsicológico realizado en cinco adultos mayores institucionalizados en la
ciudad de Quito en el periodo noviembre-febrero de 2020**

**AUTORA:
JANNETH ROCÍO PILCO PILCO**

**DIRECTOR:
MGTR. FERNANDO PALADINES**

QUITO, 2020

DEDICATORIA

Para la persona que siempre ha sido mi roca y mi refugio.

A mi madre Dorita, por su amor infinito, su fortaleza y su valentía ante las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser mi soporte valioso, a Dorita al motivarme en todo momento a ir más lejos y a Rubén por heredarme el espíritu musical. Gracias por siempre apoyarme en todo lo que

he querido aprender, gracias por otorgarme el inmenso regalo de la educación.

Al hogar Santa Catalina Labouré, por permitirme ser parte de la vida de sus residentes y

compartir mi música con ellos.

A mi director de tesis, Fernando Paladines, por su paciencia, sus conocimientos y su guía

esencial en este proceso.

A mi familia y amigos por estar pendiente de mí, cuidarme y por todas las gratas experiencias

que hemos compartido.

Finalmente, a mi música, que me ha dado vida en cada momento que la he necesitado.

RESUMEN

El presente estudio pretende determinar los beneficios de la aplicación de la musicoterapia en cinco adultos mayores institucionalizados y con diagnóstico de depresión. La investigación es de orden teórico-aplicado y de corte longitudinal, ya que compara datos al inicio y al final del proceso investigativo, test-retest, para detectar y evaluar eventuales cambios en las personas luego de aplicárseles varias sesiones de musicoterapia. Para esto se utilizaron instrumentos cualitativos y cuantitativos. Entre ellos se destaca el uso de un “Cuestionario de preferencias musicales”, una “Hoja de observación de respuestas” y la “Escala de depresión geriátrica” en su versión abreviada (GDS-15). La investigación exigió 15 sesiones de musicoterapia, con una frecuencia de una a la semana, con una duración de aproximadamente 45 minutos. Cada sesión se realizó de forma individual y se aplicaron los métodos activos y pasivos contemplados dentro de las técnicas de musicoterapia.

Palabras clave: musicoterapia, adulto mayor, depresión, neuropsicología, métodos activos y pasivos.

ABSTRACT

The current work tries to determine the benefits of the application of music therapy in five senior citizens that live in a nursing home and have been diagnosed with depression. The research is both theoretical and applied, and measures the evolution of the behavior over the time, because it compares the data taken at the beginning and at the end of the study, testing and re-testing, to detect and evaluate possible changes in the patients after many session of music therapy. To perform the research, qualitative and quantitative methods were applied. Among them, it is worth to mention the use of a “musical preferences survey”, a “worksheet to register the answers” and the “geriatric depression scale”, in its short version (GDS-15). The research consisted of 15 sessions of musical therapy, one per week that lasted about 45 minutes. Every session was performed individually and both, active and passive music therapy methods were used.

Key Words: music therapy, elderly, depression, neuropsychology, active and passive music therapy methods.

Tabla de contenido

Introducción	1
Capítulo I. Musicoterapia	4
1.1 Consideraciones generales de la musicoterapia.....	4
1.1.1 Música y terapia	4
1.1.2 La música y sus elementos	5
1.2 Definición y origen de la musicoterapia.....	6
1.3 Ámbitos de efectividad.....	11
1.4 Clasificación general de principios y métodos	13
1.4.1 Métodos pasivos o receptivos	13
1.4.2 Métodos activos o recreativos	15
1.5 Musicoterapia neurológica	18
1.5.1 Musicoterapia y afectos.....	23
1.6 Objetivos de la musicoterapia en geriatría	25
Capítulo 2. Adultez tardía y estructura afectiva	28
2.1 Definición de adultez tardía.....	28
2.1.1 Teorías del envejecimiento.....	29
2.2 Cambios biopsicosociales del envejecimiento	29
2.2.1 Cambios biológicos	30
2.2.2 Cambios cognitivos	31

2.2.3	Cambios afectivos	31
2.2.4	Cambios sociales	32
2.3	Envejecimiento normal y patológico.....	34
2.4	Adulto mayor institucionalizado	37
2.5	Ámbito cognitivo en la vejez.....	40
2.5.1	Bases neurológicas de la estructura cognitiva.....	40
2.6	Afectividad del adulto mayor	42
2.6.1	Depresión	44
2.6.2	Etiología	45
2.6.3	Clasificación.....	47
2.6.4	Incidencia de la depresión en el adulto mayor	48
Capítulo 3.	Análisis de resultados.....	50
3.1	Objetivos de la investigación.....	50
3.1.1	Objetivo general	50
3.1.2	Objetivos específicos.....	50
3.2	Hipótesis, variables e indicadores	50
3.2.1	Hipótesis.....	50
3.2.2	Variables e indicadores	50
3.3	Metodología.....	51
3.4	Población y muestra.....	55

3.5	Técnicas e instrumentos de la investigación.....	56
3.5.1	Instrumentos cualitativos:	56
3.5.2	Instrumentos cuantitativos:	57
3.6	Análisis de resultados	59
3.6.1	Análisis de resultados de la Escala GDS-15	59
3.6.2	Análisis de información de la Hoja de observación de respuestas.....	63
3.7	Discusión	69
	Conclusiones	76
	Recomendaciones	78
	Bibliografía	80
	Anexos	90

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Variables e indicadores de la investigación</i>	51
Tabla 2. <i>Plan de intervención de musicoterapia</i>	53
Tabla 3. <i>Preferencias de géneros y estilos musicales</i>	68

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama comparativo de caja y bigotes del test-retest GDS-15.....	61
Figura 2. Resultados de puntuaciones test-retest de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS-15)	61
Figura 3. Puntuaciones afirmativas totales de la muestra en test GDS-15 y retest GDS-15	63
Figura 4. Cumplimiento del objetivo 1: Generar procesos motivacionales.....	64
Figura 5. Cumplimiento del objetivo 2: Elevar el estado de ánimo	65
Figura 6. Cumplimiento del objetivo 3: Promover la expresión emocional.....	65
Figura 7. Actividades musicoterapéuticas efectivas al ámbito estado de ánimo y autoestima....	66
Figura 8. Actividades musicoterapéuticas efectivas al ámbito participación, interacción social y comunicación.	67

Lista de anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado	90
Anexo 2. Formato y resultados de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	92
Anexo 3. Cuestionarios de preferencias musicales	95
Anexo 4. Hojas de observación de respuestas	112

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha registrado que la expectativa de vida aumenta considerablemente y con ello se prevé que para el año 2025, habrá 98 millones de adultos mayores en América Latina (Maldonado J. , 2015). En el caso de Ecuador, se considera que para ese mismo año, los adultos mayores constituirán el 18% de la población total en el Ecuador (MIES, 2013).

El envejecimiento se configura como un proceso esperado e inevitable que comprende una serie de cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social (Junqué y Barroso, 2009). Desde la perspectiva afectiva, la depresión constituye uno de los padecimientos más frecuentes dentro de la población geriátrica y usualmente, es reconocida con dificultad, ya sea por problemas de comunicación dadas por el deterioro cognitivo, el estigma de la enfermedad mental que disminuye el auto-reporte u otras comorbilidades con síntomas físicos o manifestaciones somáticas (Wiese B. , 2011), que tienden a ser confundidos como resultado del envejecimiento. De esta manera, la depresión podría no ser detectada ni tratada por un largo tiempo, lo cual tiene un impacto sobre las capacidades funcionales y las esferas de convivencia del adulto mayor. Es importante decir que se ha evidenciado que el desarrollo de trastornos afectivos, como la depresión se duplican en la población geriátrica institucionalizada (Díaz, Martínez y Calvo, 2002). No obstante, la depresión en el adulto mayor puede ser tratada de forma exitosa, ya sea a través del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Con estas consideraciones, en la presente investigación se propone la implementación de la musicoterapia como un elemento terapéutico efectivo para tratar problemas emocionales, como la depresión y que consecuentemente mejoraría la calidad de vida de las personas.

Existen múltiples estudios que han investigado sobre la influencia musicoterapéutica en diversas poblaciones, entre ellas, los adultos mayores. En el 2015 se realizó un estudio en la India, con un diseño experimental para evaluar el nivel de los síntomas depresivos en 40 adultos mayores institucionalizados con depresión, antes y después de la aplicación de musicoterapia. Los autores Dev, Smitha y Pillai (2015), concluyeron que la musicoterapia evidenció ser efectiva para reducir síntomas depresivos en los adultos mayores. Asimismo, otro estudio similar propuso a la musicoterapia como un tratamiento alternativo para la depresión en el adulto mayor. Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de la musicoterapia en 35 adultos mayores con depresión, divididos en tres subgrupos terapéuticos, los cuales iniciaron el proceso bajo tratamiento farmacológico. Para ello se utilizó el Inventario de Beck, modalidad pre test y post test y un Test de musicoterapia. Los autores Dueñas y Herrera (2015), llegaron a la conclusión que la musicoterapia puede ser considerada como un tratamiento complementario ya que demostró su efectividad en la disminución de los estados depresivos en los adultos mayores y también en la reducción del consumo de fármacos en los individuos.

La musicoterapia se aplica a través de un proceso metódico que se enfoca en la prevención, desarrollo o mantenimiento de recursos cognitivos y emocionales del adulto mayor. En este sentido, la pregunta de investigación plantea, ¿La musicoterapia sería un proceso que beneficia al adulto mayor institucionalizado con depresión? La hipótesis que se propone es que la musicoterapia mejora el estado depresivo del adulto mayor institucionalizado. Así, la investigación se desarrolla en torno a dos variables centrales: musicoterapia y depresión. Se busca establecer y determinar cuál sería la influencia de la musicoterapia a través de un proceso de quince intervenciones individuales a los adultos mayores.

Esta investigación concuerda con el objetivo número uno, establecido dentro del Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-Senplades (2017), el que pretende garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades. La población de adultos mayores, merece las mismas condiciones para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, especialmente aquellos que se hallan en situaciones de vulnerabilidad, como por ejemplo, los que están institucionalizados.

La investigación se desarrolla en tres capítulos, en el primer capítulo se profundiza sobre los principios generales, métodos y ámbitos de efectividad de la musicoterapia. Desde la neuropsicología, se describe a la musicoterapia neurológica y se detallan las bases neuronales del procesamiento, percepción musical y su influencia en el ámbito afectivo. Así mismo, se detallan los objetivos terapéuticos de la musicoterapia en geriatría.

En el segundo capítulo, se trata las características biopsicosociales de la adultez tardía, además se incluye la distinción entre el envejecimiento normal y el patológico. También se especifica el proceso de institucionalización en el adulto mayor. Luego, se analiza el ámbito cognitivo, para describir el funcionamiento y los cambios neuro-anatómicos del cerebro, haciendo hincapié en la esfera de la afectividad durante la adultez tardía, lo cual abarca el concepto de depresión, a través de su definición, etiología, clasificación e incidencia en el adulto mayor.

En el último capítulo se muestran los aportes de la aplicación de musicoterapia, para lo cual se describe la metodología, la población y muestra y se señalan las técnicas investigativas. Finalmente, se presentan los resultados del análisis de la investigación.

CAPÍTULO I. MUSICOTERAPIA

La música ha estado presente en todos los momentos significativos de los individuos y con ello su utilización terapéutica se remonta a los inicios de la sociedad humana. En los últimos años, el concepto de musicoterapia ha ido despertando interés dado que su aplicación ha demostrado efectividad en poblaciones de todas las edades, en diversas problemáticas, además de conjugar una amplia gama de campos de aplicación. De este modo, los siguientes apartados introducen al lector en las nociones fundamentales que envuelven a la musicoterapia y desde la neuropsicología se explora su influencia en la esfera cognitiva y afectiva, con especial énfasis en la población adulta mayor.

1.1 Consideraciones generales de la musicoterapia

La musicoterapia atañe a un concepto híbrido que articula dos nociones base, música y terapia. Sin embargo, ¿qué sostiene este enlace y qué caracteriza a este nuevo concepto?

1.1.1 Música y terapia

Por un lado, en su acepción más general, terapia se deriva del griego clásico *therapeia* que designa tratamiento y su finalidad es cuidar, atender o aliviar (Bruscia, 2007). Desde la concepción psicológica, terapia hace alusión al proceso que se lleva a cabo con el objetivo de producir un efecto. Es un proceso de relación humana que favorece una relación que es considerada como uno de los elementos esenciales en la psicoterapia, ya que “[...] al estar conformada por elementos tanto objetivos como subjetivos posibilita que dos o más personas establezcan un contacto interpersonal significativo y que lleguen a experimentar un profundo vínculo humano” (Aragón & Silva, 2002, pág. 1). Por otro lado, la música se conceptualiza como un conjunto de sonidos, estructuras y reglas musicales que en su conjugación producen efectos agradables para el oído. Estos efectos adquieren una valencia positiva o negativa que

proviene de cómo estos atributos musicales se ensamblan para evocar una experiencia individual en el oyente.

El vínculo entre música y terapia se sostiene en los efectos y el impacto que se produce en el individuo y así, las respuestas que se ejercen son de diversa índole. Jauset (2018) considera a la “música como un medio terapéutico” (p. 94) y Poch (2011), califica a la musicoterapia como “terapia a través de la música” (p. 45). En la siguiente sección, se describen los elementos integradores que permiten interpretar en qué medida la música adquiere este valor terapéutico.

1.1.2 La música y sus elementos

En líneas generales, el concepto música podría definirse como “el arte de combinar los sonidos” (Castro, 2003, p. 5). En este sentido, ¿cómo diferenciar entre lo que se puede considerar música o únicamente sonidos? Según la Real Academia de la Lengua, música significa melodía, ritmo y armonía combinados, esta definición ya introduce elementos y propiedades importantes de la música que permiten la representación de una estructura musical y en donde estos elementos, se encuentran vinculados y se complementan los unos con los otros en mayor o menor grado. En términos generales, armonía hace referencia a “la simultánea combinación ordenada de varias notas en consonancia o en disonancia, con sentido musical” (Pérez, 1985, p. 79). Seguido a esto la melodía es descrita como la sucesión de notas musicales de forma agradable al oído que hacen posible “la expresión de una idea musical” (Lacárcel, 1990, p. 265). Mientras que el último elemento, el ritmo, hace referencia a un “atributo musical que otorga una sensación de movimiento, organización y distribución de los sonidos y silencios en el tiempo” (Castro, 2003, p. 5).

De tal manera, Levitin (2018) aduce que la diferencia entre música y cualquier serie de sonidos dispuestos al azar radica en cómo se combinan estos elementos integradores y sus

rasgos musicales. Así, Kania (2010) como se citó en Guijarro (2012) define a la “música” como cualquier evento intencionadamente producido para ser escuchado y posee algún rasgo musical básico. Es decir, la música como aquel conjunto de sonidos que se producen cuando la intención es hacer música y existe una voluntad para ser producida y ser escuchada.

Por otro lado, la música también es un lenguaje universal que trasciende el plano verbal y constituye una vía de expresión y comunicación, de pensamientos, emociones, ideas, etc. De esta manera, se la puede configurar como un “(...) fenómeno cultural” (Vaillancourt, 2009, p. 1). Entonces, el efecto de la música puede resultar relativo porque depende del oyente, al ser experimentado de múltiples formas individuales. Así Kant, describe a la música como el arte de las emociones. De tal manera “la música se convertiría en el idioma común del mundo moderno” (Campbell, 2006, p. 1).

De igual importancia, Bruscia (2007), aduce que en ocasiones la música puede organizarse fuera de los estándares convencionales, incluso es capaz de utilizar otros elementos no musicales y sin otorgarle prioridad a la cualidad estética, permitiéndole así ampliar la experiencia musical. En este sentido, la música hace que no pertenezca únicamente a quienes sean músicos profesionales o aquellos que han tenido un acercamiento técnico o teórico musical, sino que cualquier persona que tenga gusto por ésta puede disfrutarla sin excepciones (Casini C. , 2006). De la cual, hace posible el acceso a todos los individuos, transmite un sentimiento y a la vez genera uno en el oyente (Camacho P. , 2006).

1.2 Definición y origen de la musicoterapia

Las hipótesis sobre el origen de la musicoterapia datan desde los inicios de las primeras civilizaciones, se desconoce cultura humana antigua en la cual la música no haya estado presente, así por ejemplo se han encontrado restos de utensilios y materiales en yacimientos de culturas primitivas, basados en instrumentos musicales tales como flautas de hueso o

tambores hechos con pieles animales hasta gráficas retratando danzas o rituales (Levitin D. , 2018). Por ende, la música sobresale en diversas culturas ejerciendo influencia que varía en su aplicación acorde a la cosmovisión, religiosidad y contexto cultural de cada época. Y es que se encuentra presente dentro de la vida cotidiana y durante la mayor parte de la vida humana, por ejemplo, desde la ontogénesis, el sentido de la audición se desarrolla mucho más que los otros sentidos, de tal forma los estímulos sonoros, ruidos y vibraciones convierten a la audición en la conexión del bebé dentro del útero materno con el mundo exterior (Federico G. , 2005).

En términos generales, se describen tres etapas a lo largo de la evolución del uso de la musicoterapia, en un primer momento se habla de una etapa mágica y religiosa, posteriormente una etapa pre-científica y finalmente una considerada científica.

En una primera etapa, en los pueblos y culturas antiguas la música tenía una connotación mágica y muy relacionada a la divinidad, entonces era esencial su presencia en los ritos funerarios, de caza, nupciales, de curación, etc. (Palacios J. , 2004). Antiguamente, la enfermedad estaba asociada a posesiones de espíritus malignos, por lo cual los curanderos hacían rituales de liberación utilizando sonidos, cantos, gritos, convirtiendo a la música en un elemento importante dentro de su cosmovisión. Con respecto a los griegos, ellos le otorgaron un carácter divino por lo que hacían uso del canto y la música para calmar e interceder ante los dioses para obtener favores de ellos, como la salud. Pitágoras (582 a.C.) aseguraba que la música influía en el espíritu y recomendaba la práctica diaria musical. Del mismo modo, Aristóteles (384 a.C.) le atribuía la capacidad de lograr una catarsis emocional (Jauset, 2018). De igual importancia dentro de la religión cristiana se registran cánticos dedicados a Dios en diversos pasajes de la Biblia, como en el Libro de Samuel, capítulo XXI donde David toca el arpa para aliviarse de los espíritus malignos.

En la edad moderna, entre los siglos XVI-XVIII, figuras como la Reina Isabel hacía uso de las obras de música vocal del poeta y músico Thomas Campian para tratar la depresión. Así mismo, en 1742 Johan Sebastian Bach era solicitado por el Conde Kaiserling para componer obras con la cualidad de ser “suaves” y de mantener una armonía constante para poder dormir (Jauset J. , 2018). En la misma línea, en el siglo XIX inician los estudios científicos sobre la aplicación de la música en diversas afecciones mentales. Los estudios abarcaron los efectos fisiológicos producidos ante determinadas secuencias musicales, las cuales inducían estados de relajación o aliviaban ciertos malestares.

Seguido a esto, es en el siglo XX cuando la musicoterapia se consolida como una disciplina. Esta se desarrolla en Estados Unidos, debido a que la primera y segunda guerra mundial deja como secuela miles de soldados con traumas físicos y emocionales, por lo cual acudieron músicos profesionales y aficionados de forma voluntaria a ofrecer su arte en diversos hospitales psiquiátricos. Progresivamente estos músicos adquieren formación más especializada en su área y conforman parte del personal hospitalario (Mercadal-Brotons y Martí, 2008). Así, en 1950 se origina la NAMT, denominada la Asociación Americana de Musicoterapia.

De tal manera, surgen figuras muy relevantes en el área de la musicoterapia tales como: Zoltán Kodaly, Carl Orff, Émile Dalcroze, S. Suzuki, entre otros, los cuales “se destacan por presentar una pedagogía musical basada en las relaciones psicológicas existentes entre la música, el ser humano y el mundo creado” (Jauset, 2018, p. 1). Actualmente, existen diversos centros de investigación en hospitales y universidades alrededor del mundo que continúan con el estudio científico de los efectos musicales en disfunciones físicas y psíquicas (Mercadal-Brotons y Martí, 2008). En América latina, Argentina se ha consolidado como el pionero en el campo de la formación en musicoterapia, como lo es el autor Rolando

Benenzon, fundador de la Asociación Argentina de Musicoterapia, el cual ha sido el creador de metodologías base en torno a esta disciplina (Palacios J. , 2004).

En cuanto su definición, etimológicamente, musicoterapia se describe como “terapia a través de la música” (Poch, 2011, p. 45). Entre las definiciones más destacadas: La Federación Mundial de Musicoterapia la denomina como: la utilización de la música y los instrumentos musicales, aplicado por un musicoterapeuta a un paciente o un grupo, que responde a objetivos terapéuticos (Federación mundial de musicoterapia, 1996). En esta misma línea, la Asociación Nacional de Musicoterapia (AMTA) la define como: “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental” (Serradas, 2006, p. 1).

Así mismo, otros autores la describen como: “la aplicación científica de la música, que está dirigida por un terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento” (Mercadal-Brotons y Martí, 2008, p. 1). De la misma manera, Camacho (2006), la configura como la “utilización de la música y sonidos con fines terapéuticos, contempla y favorece el desarrollo integral de la persona y se encamina hacia la salud en términos de un completo equilibrio o bienestar: físico, mental, social e incluso espiritual” (p. 46). Bruscia (2007), la detalla como un proceso sistemático orientado a objetivos, basada en el conocimiento a través de una secuencia de intervenciones temporalmente ordenadas (...), es metódica y convierte al diagnóstico, el tratamiento y la evaluación en sus tres componentes principales, a su vez, que “siempre involucra a la música y a un terapeuta como partícipes en el proceso” (p. 18).

Entonces, la musicoterapia es equivalente a la utilización clínica de la música, por lo cual se ha consolidado como un recurso terapéutico establecido sobre un cuerpo teórico-científico y de esta manera hace de su práctica clínica basada en la evidencia. Así “la utilización científica de la música supone, de entrada, que cualquier actividad musical, en sí misma

(azar) no es terapéutica” (Poch, 2011, p. 46), por lo cual esta disciplina permanece en un “continuo flujo de investigación” (Bruscia, 2007, p. 26).

Incluye dos niveles: preventivo y terapéutico. Acorde a Mercadal-Brotons y Martí (2008), el objetivo del nivel preventivo es retardar el deterioro o al contrario, potenciar el desarrollo o la funcionalidad en diversas áreas de una persona. En el nivel terapéutico, se busca influir sobre alguna afección que ha limitado la funcionalidad de la persona, ya sea restaurando o manteniendo las competencias cognitivas, físicas o emocionales. Por lo cual, su aplicación va dirigida a variadas poblaciones, de todas las edades y con diferentes problemáticas, a través de intervenciones individuales o grupales (Mercadal-Brotons y Martí, 2008).

El proceso en la musicoterapia se caracteriza por ser metódico. En la intervención de musicoterapia el paciente atraviesa por tres etapas importantes: evaluación diagnóstica, tratamiento y evaluación de los resultados (Bruscia, 2007). Acorde a Bruscia, la etapa de diagnóstico está sujeta a los objetivos del proceso, sean estos objetivos diagnósticos, interpretativos, descriptivos, prescriptivos o de evaluación. Además, es fundamental para la recolección e información estratégica del paciente (Camacho P. , 2006). En la siguiente etapa de tratamiento, se diseña una estrategia general de trabajo, que en su mayoría consiste en planificar y conducir las sesiones de musicoterapia, utilizando métodos y técnicas específicas junto a las experiencias musicales programadas (Bruscia, 2007). Por último, en la etapa de evaluación, se determinan los cambios que se han experimentado en los pacientes y si se han cumplido los objetivos y metas propuestas para el proceso, de ser posible en este punto se incluyen el seguimiento a realizarse.

Otra de las características fundamentales es que la musicoterapia tiene un tiempo establecido, las sesiones se realizan a través de encuentros planificados con acuerdos de límite de tiempo tanto de duración de las sesiones como del curso del proceso. Bruscia (2007) recomienda procurar que el paciente pueda tener “experiencias en secuencias evolutivas y

significativas” (p. 23). Importante también, es que la aplicación de la musicoterapia necesita de una formación específica, por lo cual requiere de un musicoterapeuta profesional o un profesional formado en el área clínica o área musical. En este proceso se establece una relación psicoterapéutica entre paciente y terapeuta, a través del uso de la música y la palabra, por esta razón resulta importante el proceso interpersonal del terapeuta.

1.3 Ámbitos de efectividad

Thomas Hillecke como se citó en Jauset (2018) describe cinco ámbitos de eficacia de la musicoterapia, estos son: modulación atencional, emocional, cognitiva, conductual y comunicativa.

1) Modulación atencional

En comparación con los otros sentidos, la audición permite captar y mantener la atención de manera más efectiva y prolongada, por lo cual, regularmente es aprovechada para distraer o relajar, resultando muy beneficiosa para tratar casos elevados de estrés o ansiedad (Jauset, 2018).

2) Modulación emocional

El recurso musical como tal es capaz de desencadenar respuestas emocionales y desarrollar experiencias subjetivas en cada individuo. A modo de ejemplo, al momento de escuchar una canción se pueden activar determinadas emociones (tristeza, alegría, nostalgia, etc.) O a su vez, evocar recuerdos de emociones asociados anteriormente (Ortega et al., 2009). Además, el estímulo emocional activante estaría vinculado a estructuras corticales y subcorticales cerebrales incidiendo también sobre la actividad de otras funciones cognitivas, como la modulación de la memoria y las conexiones entre circuitos neuronales por plasticidad sináptica (Sedano y Hidalgo, 2012). De esta forma, la musicoterapia ha resultado

eficaz al utilizarse en trastornos como depresión, ansiedad, estrés postraumático y casos de Alzheimer.

3) Modulación cognitiva

La percepción y producción musical permiten la activación de una multitud de estructuras cerebrales que involucran la cognición. En el procesamiento musical intervienen diversas funciones cognitivas, una de ellas: la memoria (codificación, almacenamiento y recuperación). Ortega et al. (2009) refieren que el pensamiento y la creación de la experiencia subjetiva hacen posible la modificación de cogniciones y significados subjetivos previamente establecidos en el sujeto. En este sentido, los estímulos auditivos generarían respuestas emocionales que fortalecen la consolidación de la memoria a largo plazo (amígdala) (Moltrasio, Justel y Rubinstein, 2017). Por lo cual, de la musicoterapia se han evidenciado eficaces resultados al trabajar sobre los procesos de adaptación en pacientes con Alzheimer.

4) Modulación conductual

El recurso musical puede activar patrones de movimiento incluso de forma involuntaria, de esta manera el ritmo musical influye en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral o enfermedades asociadas al movimiento (Poch, 2011).

5) Modulación comunicativa

También denominado factor interpersonal, la música es a su vez un canal de comunicación no verbal y configura una vía de expresión emocional. Precisamente, la musicoterapia resulta útil en el tratamiento de desórdenes de comunicación y alteraciones conductuales, así fortalece las competencias interpersonales como en el caso de autismo o mutismo selectivo (Koelsch S. , 2009).

1.4 Clasificación general de principios y métodos

Bruscia (2007), clasifica la musicoterapia en cuatro métodos principales denominándolos como experiencias musicales, estas son: la escucha, la composición, la improvisación y la recreación o interpretación. Desde otra perspectiva, autores como Poch (2015), Benenzon, Wigram, entre otros, los clasifican de forma general entre métodos pasivos y activos, que engloban técnicas de intervención acordes a modelos específicos, así estos métodos evocan una “[...] acción psicoterapéutica a través de la audición musical” (p. 143).

1.4.1 Métodos pasivos o receptivos

El método pasivo se caracteriza principalmente por la participación indirecta del paciente dentro de la intervención, en este método predomina la audición musical. De este modo, quien guía el proceso es el terapeuta haciendo que el paciente se convierta en un “observador de lo que el músico terapeuta hace o le hace, al tiempo que la música o el sonido suenan en la sesión” (Lago y Gento, 2012, p. 1).

Bruscia (2007), aduce que la respuesta o la reacción del paciente frente a los estímulos dentro de las sesiones las puede manifestar de forma verbal, en silencio o haciendo uso de otras modalidades (proyectivas, físicas, emocionales, etc.). Así también, este método puede ser adaptado a pacientes de toda edad y de diversos funcionamientos tanto físicos como psicológicos. Sin embargo, se requiere que los pacientes más afines a este método sean quienes poseen mayor atención y receptividad a las actividades pasivas, con el fin de obtener los beneficios que este método imparte.

En cuanto al material a utilizarse dentro de las sesiones, la música del método receptivo es seleccionada o a su vez creada en base a las preferencias musicales personales o necesidades del paciente. Este a su vez puede ser formulado a través de una ficha denominada “Hoja de preferencias musicales” extraída a través de entrevistas o formatos pre-establecidos. De esta

manera, el diverso material musical puede ser presentado mediante la interpretación en vivo por parte del terapeuta o incluso a través de dispositivos electrónicos o instrumentales. Se proveen de composiciones musicales, improvisaciones o grabaciones de uso comercial, en conjunto con una gran gama de estilos musicales, vocales o acústicos/instrumentales (Grocke y Wigram, 2007). Usualmente el músico terapeuta suele iniciar y guiar el proceso con este método, con el fin de establecer rapport con el paciente para luego poder ir introduciendo sesiones activas al proceso.

Particularmente a este método se lo tiende a conocer como un “método humanista” ya que hace posible la proyección de sentimientos, emociones y características de la personalidad del paciente (Poch S. , 2011). Además está diseñado acorde a propósito terapéutico escogido. Algunos de los objetivos terapéuticos de la audición musical, desde el lado afectivo, es evocar la capacidad para surgir estados y experiencias afectivas, facilitando la exploración de ideas y pensamientos. Además de dar paso para el autoconocimiento emocional, mismo que favorece el diagnóstico y tratamiento dentro de la intervención. Desde el lado cognitivo, estimula la memoria a través de actividades de reminiscencias y recuerdos. A su vez, favorece a la imaginación y la fantasía. Asimismo, proporciona estados de tranquilidad y relajamiento, en la cual al mismo tiempo fomenta las habilidades auditivas. Finalmente, este método permite reforzar la alianza terapéutica entre paciente y el terapeuta (Poch S. , 2011).

Dentro del método receptivo, se han utilizado técnicas como la llamada: “viajes musicales” de Cid-Poch, además de métodos modificadores del estado de ánimo y métodos isomórficos, permitiendo que el paciente se convierta en el receptor mediato de la experiencia musical. Grocke y Wigram (2007), recomiendan hacer énfasis en las diferencias que deberá mantener el material musical escogido para la relajación o imaginación. Siendo que la música que resulta más efectiva para la relajación deberá mantener un pulso constante, repetitivo y predecible, es decir que haya poca dinámica de cambio dentro de la melodía. Además de una

estructura melódica armónica y consonante, es decir aquella que evoca tranquilidad o reposo (García A. , 2015). Para lo cual preferiblemente se utilizan instrumentos de cuerda y vientos de madera, excluyendo bajos y percusiones. En contraste, la música para inducir imaginación, está más abierta al cambio instrumental o ritmo y la estructura armónica será variante y puede integrar disonancias, haciendo que se perciban nuevas frases musicales esenciales para la creatividad.

1.4.2 Métodos activos o recreativos

El método activo o también denominado recreativo, se caracteriza por convertir al paciente en un agente activo dentro de las sesiones. Es decir, el terapeuta actúa de guía y estructura las sesiones, mientras es el paciente quien realiza las acciones propuestas (Bruscia K. , Musicoterapia: Métodos prácticas, 2007). Por ejemplo, en una actividad de interpretación instrumental, el terapeuta conduce la actividad y el paciente toca el o los instrumentos. Así, esta metodología permite fomentar la espontaneidad y la creatividad a través de la participación directa y vivencial de la música, del cual se permite obtener mayor expresión libre por parte del paciente y reforzar lo aprendido de forma autónoma. Este método además mantiene un marco flexible y adaptable a las necesidades del paciente, por lo cual, es preferible que se aplique cuando existe un ambiente de comodidad entre el terapeuta y el paciente, con el fin de que no se generen resistencias frente a esta metodología. Dentro de las técnicas utilizadas en el método activo se destacan: la Improvisación musical de Schmolztz, el Diálogo musical, la Técnica proyectiva de Crocker, el Método Nordoff Robbins.

Ahora, la metodología activa puede agrupar sus técnicas propuestas en tres grandes grupos denominados: improvisación, composición e interpretación.

a) Improvisación

La improvisación es una técnica que permite surgir la capacidad inventiva haciendo que el paciente se convierta en un agente creador, usualmente de un contenido musical o como menciona Wigram (2004), de una combinación de sonidos, por tal, esta creación se la realiza sin previa preparación. Así, se destaca la espontaneidad del paciente al momento de crear un ritmo, la melodía o parte de la pieza musical en sí misma (Bruscia K. , 2007), el valor de esta es independiente de la calidad estética o el entrenamiento musical del paciente. El individuo puede realizar estas creaciones a través de instrumentos de cuerda, viento, percusión, además del canto u otros sonidos corporales, por ejemplo, podría improvisar una melodía a través del silbido. Así, esta actividad tiene apertura a realizarse de manera individual, en parejas o de forma colectiva conformando grupos bajo la guía del musicoterapeuta.

Al inicio de la sesión, este proceso puede ser guiado a través de pautas iniciales o de modalidad libre acorde a la voluntad y espontaneidad del paciente. No obstante, es común que el terapeuta ofrezca instrucciones o una guía demostrativa al paciente a través de una idea, una temática, una imagen, una historia o una vivencia sobre el cual basar las improvisaciones. Cabe destacar además el papel del contexto geográfico o tradicional del cual la improvisación puede estar modelado, así por ejemplo en el canto del flamenco es común introducir el uso de melismas, como características culturales (Ruvira J. , 2011), o en el “Pasillo ecuatoriano” equivaldría a formar una estructura musical de movimiento lenta y de tonalidad menor lo que le da la característica de ser nostálgica y melancólica.

Bruscia además describe algunos de los objetivos principales de esta técnica, menciona que permite reforzar las habilidades verbales y no verbales de comunicación, además de convertirse en vía de autoexpresión y creatividad. Mantiene además una capacidad proyectiva que permite la exploración de aspectos del yo en relación con los otros. Incluso fortalece las capacidades perceptuales y cognitivas (Bruscia, 2007).

Dentro de esta disciplina se incluyen modelos como la Improvisación musical de Schmolz, el Diálogo musical o el Método Nordof Robbins.

b) Interpretación

En la técnica de interpretación o también conocida como re-creativa, el paciente es quien ejecuta un contenido musical vocal o instrumental o a su vez, reproduce un fragmento o una composición musical que se le ha presentado como modelo (Bruscia, 2007). A modo de ejemplo, el terapeuta ofrece una guía de cómo utilizar un instrumento de percusión, se lo presenta al paciente y este toca acorde al modo señalado, realizando una tarea de imitación. Esta actividad también puede ser adaptada a las necesidades y preferencias musicales del paciente, por lo cual puede realizarse de forma individual o colectiva, con o sin audiencia.

Dentro de estas técnicas se incluyen actividades musicales estructuradas que convierten al paciente en actor principal, en donde también se pueden añadir juegos musicales. Por ejemplo, abarcan actividades como el de adivinar la canción y reproducirla, reconocimiento de instrumentos, sonidos, voces, etc. Dentro de la interpretación vocal, se pueden introducir ejercicios de vocalizaciones, cantar frases o melodías e imitación de voces, etc. (Bruscia, 2007).

Acorde a Bruscia (2007), esta técnica estimula las áreas cognitivas del paciente como la memoria, la atención y la orientación en la realidad. Además potencia habilidades de interacción y comunicación con los otros, misma que permite mejorar la capacidad para expresar ideas y sentimientos. Finalmente, promueve el desarrollo de habilidades sensomotoras.

c) Composición

En la técnica de composición, el paciente es el creador principal del producto o contenido musical, en este sentido, puede aportar de forma total o parcial en la composición de melodías o ritmos. En esta actividad, el músico terapeuta puede ofrecer pautas para la

composición y proveer de asistencia técnica. Es decir, el paciente puede ser el creador de la letra de una canción mientras que el terapeuta puede ayudar con la estructura armónica o la melodía en sí. Finalmente, el producto musical puede ser transcrito o grabado a través de medios digitales u otros. Una de las actividades muy utilizadas es el denominado Collage Musical, en donde el paciente selecciona una secuencia de sonidos, canciones, fragmentos que pueden ser recopilados y permiten explorar cuestiones autobiográficas de forma terapéutica (Bruscia, 2007).

Dentro de los objetivos clínicos de esta técnica: permite la exploración de temas subjetivos, a través de las letras y melodías representadas. Desarrolla habilidades de expresión emocional y comunicación de experiencias. Así también, permite el desarrollo de las habilidades de organización y planificación, la resolución creativa de problemas y la habilidad para integrar y sintetizar partes en un todo (Bruscia, 2007).

1.5 Musicoterapia neurológica

En el curso del desarrollo de la musicoterapia, diversos autores la han acoplado hacia diferentes enfoques. Así por ejemplo está la Musicoterapia del desarrollo, la Musicoterapia analítica, el Psicodrama musical y la Musicoterapia neurológica.

De forma concisa, la Musicoterapia para el desarrollo, elaborada por Graham y Wood, se articula a los objetivos de la terapia del desarrollo que tienen como autor base a Piaget y a sus cinco estadios del desarrollo, conforme avanza la etapa va hacia una transición de mayor complejidad, por lo cual su aplicación va dirigido a áreas del comportamiento, socialización, comunicación y conocimiento académico (Poch S. , 2011). Otro enfoque, toma la Musicoterapia analítica de Mary Priestley, esta adopta bases de la terapia psicoanalítica de la cual se destacan las nociones de transferencia y contratransferencia, se basa en la exploración

del medio inconsciente a través del recurso sonoro y profundiza el uso de la improvisación musical (Poch, 2011).

En cuanto al Psicodrama musical, es un modelo de Jacob Moreno, que hace uso de la música como un recurso de intervención y la categoriza como psicomúsica orgánica y psicomúsica instrumental, se caracteriza por el amplio uso de la improvisación y el diálogo musical en el psicodrama (Cestaro D. , 2016). Finalmente, la Musicoterapia neurológica, se basa en el campo de las neurociencias y promueve el uso de sesiones musicales estandarizadas. A continuación se describe la Musicoterapia neurológica a profundidad.

El cerebro es una estructura dinámicamente organizada que tiende a cambiar y a adaptarse como resultado de las actividades o influencias del ambiente (Altenmuller y Schlaug, 2013). Dada la posibilidad de monitorear al cerebro durante la percepción, la producción y el procesamiento musical, se ha contribuido a entender de mejor manera como la música funciona en tanto método terapéutico y así se permite evidenciar como la exposición a la música y el entrenamiento musical modifica la estructura cerebral. De tal manera la musicoterapia ha evolucionado desde el modelo de una ciencia social hacia un modelo clínico en el campo de las neurociencias y la investigación.

Jauset y Soria (2018), mencionan que los avances tecnológicos como la tomografía por emisión de positrones (PEt), la resonancia magnética funcional (RMf), la magnetoencefalografía, entre otras, han permitido el desarrollo de estudios de neuroimagen mismos que exhiben las respuestas cerebrales ante los estímulos sonoros y musicales. De este modo, se ha desechado la idea de que existe un único centro musical para el procesamiento de la música, sino, más bien se atañen a una complejidad cognitiva al requerir de la activación de un conjunto de estructuras cerebrales (Jauset, 2018). En consecuencia, la música provoca una activación casi global del cerebro, a través de la interacción de ambos hemisferios cerebrales, Así, todo el cerebro reacciona al estímulo musical conjugando diversas áreas, mismas que se

activan de acuerdo a las experiencias y entrenamiento o exposición musical de cada persona (Custodio y Cano, 2017). Aún más, estudios experimentales han demostrado que el simple hecho de imaginar la música, sin escucharla o leer una partitura, puede activar la corteza auditiva (Jauset, 2018).

De forma dinámica se ejemplificará lo descrito anteriormente. Un pianista interpretará su obra musical, acompañándolo con su canto. A simple vista parecerían acciones sencillas, no obstante, este proceso requerirá de una serie de secuencias cognitivas, ya que incluso el tocar un instrumento necesita de acciones más intensas y la utilización de una gran parte de estructuras cerebrales.

En principio, el músico coloca su atención al espacio donde ejecutará el instrumento, al fijar su mirada a las teclas del piano se activará la zona occipital que procesa la información visual. Seguido a esto, la información sonora que recepta el pianista atraviesa la cóclea hacia el troncoencéfalo y mesencéfalo hasta ser procesado en la corteza cerebral (Jauset y Soria, 2018). Principalmente, Custodio y Cano (2017), aducen que la corteza auditiva llevará a cabo en su totalidad, el análisis perceptual de la música, extrayendo información más específica acerca de sus componentes y cualidades acústicas como: el tono, timbre, intensidad y duración musical. Al cantar se accionan las zonas de hemisferio izquierdo para la articulación de palabras conjugado con el hemisferio derecho en la entonación y el aporte emocional. En el reconocimiento de la letra de una canción se encuentra implicado el sistema de procesamiento del lenguaje. Asimismo, se activa el sistema léxico musical, lugar donde permanece toda la información musical que se recibe y se guarda a lo largo de la vida, que conjuntamente activa el plano fonológico, permitiendo el desarrollo de una planificación vocal que da como lugar el canto (Custodio y Cano, 2017).

Así mismo, el movimiento de sus manos y pies estarán asociados a la producción de ritmos, del cual el control del movimiento estaría vinculado a los ganglios basales, cerebelo y

el área motora suplementaria, siendo el hemisferio izquierdo el dominante en el procesamiento rítmico (Custodio y Cano, 2017). Entonces, las zonas sensomotoras envían órdenes a los músculos de las manos y pies, activando la zona motriz suplementaria que se conecta con los circuitos profundos de la memoria, ya que tras la repetición de una obra, esta puede llegar a integrarse en el repertorio musical individual y posteriormente ser interpretada de manera casi automática. Cabe destacar, como la carga afectiva de la interpretación musical se encuentra ligada al sistema límbico, que según Montalvo y Moreira-Vera (2016), permite percibir y activar emociones, y que al encontrarse en comunicación con el lóbulo temporal, impacta en los sentimientos.

Acoplando los conceptos anteriores, la musicoterapia neurológica (NMT) se define como “[...] intervenciones musicales estandarizadas e individualizadas sobre disfunciones cognitivas, motoras y del lenguaje que resultan de lesiones o condiciones neurológicas” (Jurado, 2018, p. 72). Sus técnicas cubren las necesidades individuales de los pacientes y mantiene objetivos específicos que se encuentran fundados en modelos neurocientíficos de percepción cerebral. Esta disciplina se basa en la acción sobre los mecanismos neuronales, del cual parte que, el estímulo musical puede llegar a establecer una activación o una mejora de la disfunción perdida (Jauset y Soria, 2018).

Una de sus técnicas principales es la llamada “Musical executive function training” (MEFT) o conocida como “Entrenamiento de las funciones ejecutivas”, esta acoge actividades de composición e improvisación que buscan potenciar las funciones ejecutivas superiores, es decir, la capacidad de organización, planificación, resolución de problemas, toma de decisiones, razonamiento lógico, etc. (Jurado, 2018). De tal manera, esta técnica se encuentra vinculada dentro de los métodos activos tradicionales de la musicoterapia descritos anteriormente.

Otras de las técnicas utilizadas en la musicoterapia neurológica, es la denominada “Memory training”, la cual usa estrategias para la activación de la memoria, utilizando especialmente el canto. Derivada de esta es el “Entrenamiento de la memoria y el estado de ánimo asociativo (AMMT)”, que pretende que el paciente acceda a recuerdos susceptibles con el fin de evocar estados emocionales positivos. De este modo, se trabaja la memoria a largo plazo a través de las emociones que surgen tras escuchar canciones que le resultan familiares al paciente, así es “(...) utilizada también para la redirección de estados anímicos en casos de depresión” (Jurado, 2018, p. 72). En la misma línea, otra estrategia importante es la “Music in Psychosocial Training and Counseling (MPC)” o también conocida como “Psicoterapia musical”, que emplea experiencias musicales guiadas como la improvisación, composición e interpretación musical, provenientes del método activo, para tratar la coherencia cognitiva, orientación a la realidad, las interacciones sociales apropiadas y de suma importancia, el reconocimiento, la exploración y la expresión afectiva del paciente (Jauset y Soria, 2018), de tal manera ha resultado eficaz en el tratamiento de alteraciones afectivas.

En este sentido, las intervenciones de NMT aportarían al reentrenamiento e integración de áreas lesionadas del cerebro o aquellas que necesitan ser restauradas, así la “(...) NMT produciría cambios estructurales y fisiológicos en el cerebro, impulsando la neuroplasticidad y reestructuración de circuitos neuronales (Jurado, 2018). Entonces, si bien cada cerebro es diferente y su anatomía es única para cada individuo, los estudios a través de análisis de neuroimagen han permitido valorar que existen diferencias neuroanatómicas entre músicos y no músicos (Custodio y Cano, 2017). Así por ejemplo, los profesionales músicos evidenciaron una mayor densidad de tejido neuronal, es decir, hipertrofia en estructuras cerebrales y siendo que “estas modificaciones se encuentran mediadas acorde al tiempo de entrenamiento o exposición musical” (Custodio y Cano, 2017). Por ende, estas actividades en

torno a la musicoterapia como modelo de neurorehabilitación favorecerían a la plasticidad neuronal, del cual “el tejido nervioso podría experimentar cambios adaptativos o re organizacionales en estados fisiológicos con o sin alteración” (Garcés y Suárez, 2014, p. 121) y de esta manera compensar las partes deficientes en las regiones afectadas del cerebro.

1.5.1 Musicoterapia y afectos

Desde la gestación materna, el ser humano se encuentra inmerso en una sonósfera biológica, sonidos como: los latidos del corazón de la madre, la voz, los ruidos intestinales, permiten crear vínculos con el mundo exterior estando dentro del vientre materno. Algunos de estos estímulos adquieren un tinte afectivo, así por ejemplo, al nacer el bebé puede identificar la voz materna y esta provocarle sensaciones de tranquilidad y sosiego a través de palabras, susurros o cantos (Jauset, 2018).

En efecto, la respuesta emocional tiene un carácter universal y asociado a la música, trasciende todo plano verbal y no verbal. Sel y Calvo-Merino (2013) describen las bases neuronales de los procesos cognitivos implicados en la emoción musical, ellos destacan el rol de la corteza auditiva sensorial -áreas 41, 42 y 52 de Brodman- al ser el lugar en el cual se analizan los parámetros y cualidades musicales, es decir: el tono, timbre, intensidad, tiempo, etc.). Siendo fundamental para la discriminación subjetiva de estímulos musicales de valencia positiva o negativa.

Las estructuras musicales que conforman una pieza musical resultan eficaces para ejemplificar las bases neuronales de la emoción, ya que las propiedades musicales juegan como determinantes en el nivel de activación y la percepción afectiva que tendrá el estímulo musical, independientemente si el individuo ha tenido entrenamiento musical o si desconoce lo que estas estructuras pueden ejecutar (Moltrasio et al., 2017). Hevner (1935) como se citó en Moltrasio et al. (2017), refiere que se han evidenciado como las tonalidades menores y el

tempo lento estarían vinculados a desencadenar sentimientos de tristeza y de displacer. En contraste, los sentimientos de alegría y felicidad serían producidos por obras con tonalidades mayores y tiempo rápido, estas calificadas como emociones placenteras.

Otro punto importante es la memoria ecoica o memoria sensorial auditiva, en donde se retiene la información auditiva en un periodo de 3 a 4 segundos, antes de recibir un significado entero, el cual posteriormente se le asignará una emoción asociada. De esta manera, la información recibida se proyecta al sistema límbico, siendo esencial en el procesamiento de la afectividad musical, ya este sistema es por excelencia el centro emocional y por lo tanto “[...] responsable de la reproducción de todas las reacciones emocionales”(Jauset, 2018, p. 1). Así, la exposición musical desencadena modulaciones en estructuras como la amígdala, el hipocampo, los polos temporales y el giro parahipocámpico. Retomando el ejemplo anterior, una de las estructuras del sistema límbico que agrega un aporte emocional, es la amígdala. En esta línea, Blood y colaboradores aducen que cuando una música es presentada con características disonantes, designadas como aversivas, provocarían un aumento de actividad en la estructura amigdalina. Esto concuerda con que la amígdala es conocida como el centro del miedo y resulta imprescindible para la “asociación de estímulos sensoriales con el afecto, como la generación de distintas emociones, especialmente de tipo desagradable o negativo (como el miedo, la ira o el asco)” (Sánchez y Román, 2004).

El hipocampo, además de acoger respuestas afectivas también maneja los procesos de aprendizaje y memoria, del cual aportaría a las respuestas emocionales a nivel semántico, así lo demostraron los estudios de Blood y Zatorre como se citó en Sel y Calvo-Merino (2013), en donde evidenciaron un aumento en la actividad del hipocampo ante estímulos musicales placenteros además de una elevación del flujo sanguíneo cerebral. Esto estaría asociado a respuestas ante música familiar que permiten evocar estados emocionales experimentados

anteriormente, activando respuestas de recompensa y emociones placenteras. En la misma línea, la música familiar, permitiría la activación de la formación reticular del tálamo y núcleo accumbens, mismos que forman parte del circuito dopaminérgico o de recompensa, reforzando así la experiencia afectiva musical.

Sumado a esto, la música actúa sobre la bioquímica del organismo produciendo variaciones del ritmo cardíaco y respiratorio, modulaciones de la respuesta galvánica de la piel, la función endócrina, etc. Es decir, efectos fisiológicos o niveles de arousal, que podrían generar efectos estimulantes, relajantes hasta inhibitorios (Moltrasio et al., 2017). De esta manera, se ha planteado la incorporación de la música al plano terapéutico como un recurso de aporte al tratamiento en alteraciones del ánimo y desórdenes afectivos como en el caso de la depresión o ansiedad, ya que estas alteraciones se encuentran particularmente relacionadas con disfunciones estructurales del circuito límbico, como la amígdala (Koelsch S. , 2009), de esta manera la continua exposición musical podría contribuir en cambios en la respuesta emocional de estas estructuras.

1.6 Objetivos de la musicoterapia en geriatría

En términos generales, los objetivos de la musicoterapia en el campo de la geriatría pueden ir enfocados en la recuperación, mantenimiento o potenciación de sus funciones (Camacho P. , 2006). Así, Davis (2000) como se citó en Mercadal-Brotons y Martí (2008) detalla algunos objetivos esenciales de la musicoterapia en los adultos mayores, agrupados en función de cómo estos influyen a nivel cognitivo, motriz, socioemocional y conductual.

A nivel cognitivo, el objetivo principal consiste en fortalecer la eficiencia de la reserva cognitiva, de tal manera su aplicación permite estimular la memoria de largo y corto plazo, potenciar la retención de información a través del procesamiento de información musical por asociaciones, por ejemplo, se recuerdan con más facilidad aquellas palabras cantadas que las

no cantadas (Poch, 2011). Así también, ayuda a la orientación en la realidad y promueven procesos creativos.

En el área motriz, los objetivos de la musicoterapia van dirigidos al fortalecimiento de las habilidades y destrezas psicomotrices fina y gruesa, mejorando el equilibrio y el desplazamiento de las extremidades. Fomenta la atención al movimiento junto a la integración progresiva del esquema corporal. Además, fortalece la estimulación sensorial, la coordinación y precisión viso-manual, fonética, gestual y facial (Salazar y Calero, 2018). Incluso, la musicoterapia trasciende y permite inducir estados de relajación reduciendo así los niveles de ansiedad y estrés.

En el área socioemocional, los objetivos consisten en el desarrollo de las habilidades comunicativas y los lazos de comunicación verbal y no verbal (Montánchez y Peirats, 2012). Además, incita a la exploración, reconocimiento y expresión de emociones personales, por lo cual es un aporte para la autoestima. Promueve la integración social apropiada, fomentando la participación en actividades en grupo, las cuales conllevan un menor riesgo al aislamiento (Mercadal-Brotons y Martí, 2008).

Finalmente en el área conductual, los objetivos se basan en promover una vejez activa, la cual ayuda a la conservación de la independencia del adulto mayor. Así, disminuye la deambulacion, promueve la higiene y el cuidado personal y además mantiene los niveles de participación activa en pacientes con Alzheimer (Mercadal-Brotons y Martí, 2008).

Entonces, si bien existen disciplinas que coinciden en algunos recursos metodológicos, material de trabajo y hacen de la música su recurso principal como en el caso de la educación musical y la musicoterapia, ambas difieren en sus objetivos dentro de su respectiva intervención musical (Benenson R. , 2011). Entonces, en geriatría y en otras poblaciones resulta importante diferenciar el rol de la musicoterapia debido a que se busca obtener efectos terapéuticos provenientes de estas intervenciones, en contraste, a que el paciente se

convierta en un músico novato o profesional o que aquello se desarrolle en función de un contexto únicamente educativo (Poch, 2011) . De esta manera, “la función que se le otorgue a la música sirve para clasificar el tipo de experiencia musical que se utilizará en la terapia y determina la orientación y los objetivos del tratamiento” (Camacho, 2006, p. 172).

Por un lado, la educación musical hace de sus objetivos claramente educativos, los cuales están orientados hacia el aprendizaje musical. Simultáneamente, esta puede estar dirigida a personas con necesidades educativas especiales para lo cual se permite introducir adaptaciones curriculares para lograr una formación musical o el desarrollo de habilidades musicales específicas. Por el contrario, la finalidad de la musicoterapia no es formar músicos, más bien se centra en desarrollo integral del paciente, busca la modificación gradual en alguna o varias áreas de la vida de un individuo a partir de su aplicación que se encaminan al bienestar físico, mental, o social. Sabatella (2006), expresa que los objetivos de esta disciplina son terapéuticos y por ende toman de referencia las necesidades específicas o autobiográficas del paciente. De esta manera mejoran la calidad de vida del individuo, ya que permiten observar cambios en diversas áreas como: en afectos, actitudes, cognición, etc. Cabe destacar que está configurada dentro de un proceso estructurado y metodológico, de la cual influye en gran medida la calidad de la relación y la alianza terapéutica entre paciente y el musicoterapeuta, además del carácter de la privacidad y confidencialidad del proceso.

CAPÍTULO 2. ADULTEZ TARDÍA Y ESTRUCTURA AFECTIVA

Como resultado de la transición demográfica, la población adulta mayor sigue en constante incremento y, con ello, aumenta la disparidad de criterios que buscan precisar las teorías, los efectos y en sí, el impacto del proceso de envejecimiento. En concreto, este es un proceso global que acontece a lo largo del ciclo vital de las personas. Por un lado, es asociado a la edad cronológica y, por otro, está asociado al deterioro de funciones, entre ellas, la de la esfera afectiva.

Este apartado pretende ampliar el marco de comprensión del envejecimiento humano, para lo cual se considerarán sus distintos aspectos, haciendo especial énfasis en el ámbito cognitivo y la incidencia del desarrollo de trastornos afectivos como la depresión, la cual se constituye como uno de los “padecimientos más frecuentes y discapacitantes” (Aguilar y Ávila, 2007, p. 141) en la población geronte.

El adulto mayor, como todo individuo biopsicosocial, experimenta una serie de cambios paulatinos que se evidencian en mayor o menor grado, de acuerdo a un conjunto de múltiples factores. A continuación se define a la adultez tardía y se describen los cambios en las esferas biológica, psicológica y social del adulto mayor.

2.1 Definición de adultez tardía

El envejecimiento se puede definir como “la pérdida progresiva de los procesos fisiológicos necesarios para mantener la homeostasis del organismo en condiciones óptimas” (Cuéllar y Rocha, 2011, p. 78). En definitiva, se configura como un proceso evolutivo de cada individuo. Por un lado, se trata de un cambio biológico, reflejado en modificaciones fisiológicas y anatómicas. Es también, un fenómeno social, debido a que el rol del adulto mayor se modifica dentro de la dinámica cotidiana de la vida. Asimismo, es considerado un hecho psicológico, por las modificaciones en las funciones cognitivas y afectivas que se

suscitan dentro de esta etapa. Es un proceso de carácter universal, progresivo e inevitable (Lara M. , 2011), que acontece entre la juventud y la madurez, por lo cual muchos de sus efectos no se notan sino hasta que se llega a los últimos años de la etapa adulta (Craig y Baucum, 2009). Así, este es resultado de un evento psicobiológico de deterioro que sin duda afectará a todas las personas. Sin embargo, no todos los individuos envejecerán de la misma forma (Camacho, 2006).

2.1.1 Teorías del envejecimiento

Se han desarrollado teorías sobre el envejecimiento biológico que buscan explicar el por qué surgen estas diferencias. Chong (2012) afirma, que el envejecimiento viene dado por múltiples causas y es modulado por elementos tanto intrínsecos genéticos y extrínsecos ambientales. Otros autores como Papalia et al. (2012), describen teorías relevantes que explicarían estas causas. Por un lado, las denominadas estocásticas, como las “Teorías de la tasa variable o teorías del error” que señalan que el envejecimiento se llevaría a cabo por procesos aleatorios que responden a determinadas influencias del ambiente interno y externo, y estas se van acumulando a lo largo de la vida. Desde otra perspectiva, surgen las “Teorías de la programación genética”, o no estocásticas que aducen que el ser humano envejece acorde a un plan de desarrollo predispuesto en la genética, es decir, un “reloj interno que programa su longevidad” (Rico et al., 2018).

2.2 Cambios biopsicosociales del envejecimiento

Los cambios en el envejecimiento se producen en todos los niveles: moleculares, celulares, orgánicos (Chong A. , 2012), psicológicos y sociales, y estos varían en cada individuo.

2.2.1 Cambios biológicos

De forma general, en la esfera biológica, los cambios físicos se vuelven más notorios. La piel adquiere arrugas y pliegues, cambia de color y se torna más pálida por la disminución progresiva de colágeno, grasa y masa muscular. El cabello se vuelve gris y frágil, se pierde vello corporal o tiende a crecer en lugares nuevos. Por ejemplo, en la mujeres crece en el mentón y en los hombres aparece en los oídos (Papalia et al., 2009). Así también, los sistemas esquelético y muscular se debilitan, la estatura humana se reduce dos centímetros, cada veinte años por atrofia miento de los discos entre las vértebras espinales y la composición ósea se vuelve propensa a sufrir fracturas (Papalia et al. 2012). Las fibras musculares contienen menores cantidades de proteína lo cual provocan menor potencia muscular, velocidad y resistencia. En el sistema reproductivo, el cambio es hormonal, las cantidades de estrógeno y progesterona decrecen en las mujeres y la capacidad reproductiva termina. En los hombres, disminuye la testosterona, lo cual puede llevar una disminución en la fertilidad. Por otro lado, el cuerpo es más susceptible a infecciones y menos eficaz para recuperarse ya que el sistema inmunológico se debilita.

En la adultez tardía, los cambios a nivel sensorial hacen posible que haya menor recepción de información del entorno (Chong A. , 2012). En la visión, gradualmente se pierde agudeza visual y capacidad para distinguir detalles más precisos como objetos en movimiento. Según Shcheider y Pichora-Fuller (2000) citado en Papalia et al. (2012), la pérdida auditiva es la tercera condición crónica más común, específicamente, la pérdida auditiva sensorio neural que es considerada el tipo más frecuente en la población geronte. En la misma línea, las papilas gustativas pierden sensibilidad progresiva a los alimentos, dulces agrios o amargos y disminuyen los receptores olfatorios. Además se evidencia una reducción de la agudeza táctil, mayor lentitud para regular la temperatura corporal y menor tolerancia al dolor. Así también, las habilidades sensorio motoras tienden a disminuir, por lo cual al cerebro le toma más

tiempo responder y generar una acción. Así, los reflejos se lentifican y la coordinación es menos eficiente, de esta manera es usual que haya más lesiones accidentales en esta etapa (Papalia et al., 2009).

2.2.2 Cambios cognitivos

Desde otro punto, la lentificación del SNC puede impactar al funcionamiento intelectual y su desempeño en tareas que requieren mayor secuencia cognitiva. Chong (2012) menciona que el deterioro se puede evidenciar en la atención, concentración y en los fallos en la memoria, los cuales suelen ser más notorios cuando el adulto mayor manifiesta olvidos, dificultad para evocar información nueva, pérdida del hilo de conversación, etc. Los procesos del pensamiento también se ven comprometidos, particularmente en la flexibilidad del pensamiento o la fluidez verbal. Así también, disminuye la capacidad de resolución y afrontamiento a situaciones nuevas y la agilidad mental. Sin embargo, hay que destacar que la inteligencia puede ser preservada y compensada a través de los “conocimientos, la experiencia y la capacidad de juicio” adquirida a lo largo de la vida del adulto (Chong A. , 2012).

2.2.3 Cambios afectivos

La adultez tardía también hace susceptible a los gerontes de padecer alteraciones en el estado afectivo como depresión o ansiedad. La ansiedad generalizada es más común en esta etapa y se acompaña usualmente de hiperactividad, hipervigilancia expectación aprensiva, trastornos del sueño especialmente de conciliación o sueños angustiosos. En cuanto la depresión, puede responder a razones biológicas, psicológicas y sociales. Y a menudo puede pasar enmascarada al presentarse de “forma atípica con manifestaciones somáticas” (Chong, 2012, p. 1).

2.2.4 Cambios sociales

Desde el punto de vista social, la vejez se encuentra mediada por factores como el lugar social, la sustentación económica, el grado de autonomía, el estilo cultural, entre otros. En este sentido, es el entorno macro social y micro social inmediato los cuales adquieren un papel importante en la transición de la madurez a la adultez tardía (Chong A. , 2012). Por un lado, son importantes los cambios de roles en esta etapa, los adultos mayores pueden acceder a roles activos o pasivos dentro de la sociedad. A menudo, el cambio generacional contribuye a que se sientan relegados por los jóvenes. Los vínculos sociales tienden a disminuir, por ejemplo, los compañeros de trabajo tras jubilarse, el fallecimiento de amigos, familiares, el alejamiento de los hijos, etc. (Poch S. , 2011).

Además, hay mayor dificultad para mantener los vínculos activos socialmente, una de las razones puede ser el aislamiento o las escasas competencias comunicativas, como las nuevas herramientas tecnológicas. Por otro lado, se refuerzan los lazos sociales más significativos, usualmente familiares que pueden contribuir a suplir las necesidades que requieren. De esta forma, el apoyo social (instrumental, emocional, informativo, de estima o compañía), pueden hacer que los efectos subjetivos de la vejez sean menos negativos y que las amenazas percibidas en situaciones de angustia o estrés disminuyan (Papalia et al., 2009).

En la transición de la adultez a la adultez tardía, el individuo adquiere una imagen social que estará mediada a través de una extensa red de factores y situaciones culturales, que varían entre épocas y contextos socio-históricos donde el individuo desarrollará sus procesos de construcción y reconstrucción de identidad. Por ejemplo, en muchos pueblos nativos de América, a los adultos mayores se les confiere de poder y prestigio, por lo cual se convierten en los chamanes o caciques de las tribus (Núñez, 2010). Algo parecido sucede en las culturas orientales, en Japón, la transmisión cultural generacional ha provocado que sus pobladores demuestren respeto y admiración por sus mayores, por lo cual tienen un alto estatus social.

De esta manera, dedican un fecha festiva denominada “Día del respeto a los Adultos Mayores” (Maldonado, 2015, p. 1).

Por otro lado, se ha evidenciado que en las organizaciones sociales modernas, en donde priman los sistemas de innovación y económicos, a los individuos se les otorga un valor en función de su productividad y eficiencia (Núñez L. , 2010). Desde esta perspectiva, el adulto mayor tiende a ser relegado de los roles sociales activos y derivado de esto, adquiere una nueva imagen social acompañada de estigmatización (Santos de Santos Z. , 2009). Este fenómeno es visto comúnmente en las culturas occidentales, en donde llega asociarse la vejez con incapacidad y se refuerzan concepciones erróneas como que los adultos mayores no pueden ser activos, no logran aprender, son dependientes y que incluso carecen de estética corporal.

Esto se puede evidenciar en los juegos de palabras utilizados como: “edad dorada”, “canas de oro”, “añejos”, palabras que intentan apaciguar la estigmatización del envejecimiento (Papalia et al., 2009). Sin embargo, se convierten en términos que fomentan estereotipos y de esta manera conllevan a la naturalización de la discriminación, maltrato o violencia al adulto mayor dentro de los espacios tanto sociales, familiares y estatales (Santos de Santos Z. , 2009). Esta situación se ha ido disipando dentro de la población que demuestra preocupación social y busca mejorar el bienestar, la calidad de vida de los gerontes, la exclusión y aún más la noción de “muerte social” (Santos de Santos, 2009, p. 163). A modo de ejemplo, hace algunos atrás era comúnmente utilizado el término de “ancianos”, actualmente ha sido substituido por “adultos mayores”.

En efecto, los avances modernos de la época actual han dado apertura a que la tasa de mortalidad descienda y la expectativa de vida aumente tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. Se estima que para el año 2025, América Latina tendrá aproximadamente noventa y ocho millones de adultos mayores y para el año 2050

representarán el 23,4% de la población regional. En otros términos, para el año 2050, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona de la tercera edad (Maldonado J. , 2015). En el caso de Ecuador, el Ministerio de Inclusión Social (2013) señala que el país se encuentra en fase de transición demográfica, ya que en el año 2010 los adultos mayores representaban el 7% de la población y proyectan que para el año 2050 constituirán el 18% de la población en el Ecuador. De esta manera el envejecimiento demográfico aumenta con celeridad y este se convertiría en el desafío generacional a futuro. Zulma Santos (2009), apunta a que este fenómeno insta al desarrollo de estrategias y manejo en cuanto políticas de salud, recursos sociales, sistemas de protección, inserción y asistencia social hacia todas las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y con ello, poder generar soportes estructurales comprometidos para solventar las necesidades y requerimientos de la población mayor (Núñez L. , 2010).

2.3 Envejecimiento normal y patológico

La senectud es una fase natural y esperada dentro del ciclo de vida que surge a través de causas multifactoriales. Este además consiste en un proceso heterogéneo, que acontece en todos los seres humanos. No obstante, la edad cronológica no resulta determinante dado que cada individuo lo experimenta de forma individual. Usualmente, se tiene arraigada la idea de que la vejez representa malestar o padecimiento, en este sentido, resulta importante recalcar que los términos vejez y éxito no son disparejos y que además el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. Entonces, ¿cómo se diferencia y en qué momento se desarrolla un envejecimiento normal o uno patológico?

Muñoz (2002) como se citó en Franco y Sánchez (2008) menciona que la diferencia principal radica en la “acumulación de factores de riesgo y enfermedades que se presentan en el proceso de envejecimiento acumulados durante todo el ciclo vital”. En términos generales, el envejecimiento normal estaría asociado a la ausencia de una patología. Acorde a Peña

(2012), la vejez normal viene dada por el declive paulatino en algunas áreas fisiológicas o psicológicas del individuo, si bien estos cambios resultan esperables dentro de la etapa de la vejez, se convierten en herramientas adaptativas, por lo cual “no incapacitan a individuo” (p. 193). Entonces, “a menudo se confunden los rastros de deterioro cognitivo asociadas con la edad con las primeras condiciones patológicas” (Román y Sánchez, 1998, p. 1). Sin embargo, el declive de los procesos psicológicos pueden ser compensados y así, el adulto mayor es capaz de suplir estas necesidades y enfrentarse a situaciones nuevas, adaptándose al medio (Asili N. , 2006).

A modo de ejemplo, los adultos mayores “coordinan las ganancias y las pérdidas de una mente que envejece” (Craig y Baucum, 2009, p. 1). De tal forma, en esta etapa se conoce que la agudeza visual y las destrezas de tiempo de reacción-acción tienden a disminuir, por lo cual manejar un vehículo podría resultar contraproducente. No obstante, el adulto mayor puede adecuar estas deficiencias y así usar otras alternativas que promueven la adaptación. De esta forma, podría optar por recorrer distancias más cortas, transitar por rutas más simples o elegir manejar durante la luz del día, entre otras.

En contraste, la característica principal del envejecimiento patológico es la presencia de enfermedades crónicas. Peña (2012), diferencia dos síndromes psicopatológicos que pueden incluirse en esta categoría, el Síndrome de deterioro y el Síndrome demencial. Por un lado, en el “Síndrome de deterioro”, las deficiencias cognitivas son más significativas dentro de los parámetros de la edad. El punto diferencial de este síndrome, es que a parte del deterioro, el adulto mayor conserva la autocrítica y el sentido de la realidad. En contraste, el “Síndrome demencial”, tiene un carácter crónico y progresivo que se sobrepone al deterioro y se caracteriza por la anulación de la autocrítica, lo cual compromete la “continuidad de la existencia al perderse lo más privativo de la persona” (Peña, 2012, p. 194). Así también, el Síndrome demencial incluye la pérdida de conciencia de la enfermedad y por ende es común

ver conductas irracionales, como la pérdida de hábitos sociales o el descontrol de impulsos. Según Caballero (2010) como se citó en Cerquera y Quintero (2015), el envejecimiento patológico, dificulta la adaptación y por ende la autonomía del individuo, como en el caso de la demencia de Alzheimer, que implica la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas y compromete la funcionalidad de la persona (Castro-Suarez S. , 2018).

Desde otra perspectiva, se han planteado teorías que intentan explicar los modelos de vejez satisfactorios y aquellos que generan malestar. Havighurst, Neugarten y Tobin (1964) como se citó en Izquierdo (2005), aducen que un envejecimiento exitoso estaría asociado a un estilo de vida activo. En esta misma línea, Baltes y Baltes citado en Izquierdo (2005), aseguran que el adulto mayor puede adoptar un estado funcional satisfactorio y activo, a través de tres procesos de adaptación: la selección, que consiste en la reformulación de las metas de desarrollo, el segundo proceso de optimización, que busca mejorar los recursos y conductas que le permiten llegar a las metas replanteadas y finalmente una etapa de compensación, enfocada en la recuperación y mantenimiento del estatus bio-psico-social vigente (Izquierdo Á. , 2005).

Otro autor, Erik Erikson, plantea la octava etapa denominada -integridad del yo frente a desesperación- dentro de la teoría de desarrollo psicosocial. Aquí señala que esta etapa se asocia con el envejecimiento y el acercamiento a la muerte, y por ende produce cambios progresivos en todas las esferas del individuo. Erikson postula que en esta etapa el individuo acepta los logros alcanzados en su vida y las decisiones tomadas en el pasado y hay satisfacción de aquello. En contraste, la desesperación refleja fracaso cuando el individuo percibe que no se han conseguido las metas propuestas en previas etapas, experimenta ansiedad porque siente que el tiempo se acorta y se refuerza el temor a la muerte (Lane y Munday, 2017).

2.4 Adulto mayor institucionalizado

Acorde a Guevara (2016), la institucionalización constituye el ingreso del adulto mayor a espacios de cuidado público o privado, con consentimiento voluntario o no, en el cual recibe protección de profesionales de la salud, área psicosocial y entre otros. En otras palabras, se plantea como un “recurso posible a las necesidades y demandas que surgen en la cotidianeidad del sujeto a partir de su entrada en la senectud y de los cambios biopsicosociales que esta etapa de la vida trae consigo” (Alves, 2013, p. 19).

En un principio, los procesos de institucionalización estaban asociados “(...) históricamente con la necesidad de protección social” (Guevara-Peña, 2016, p. 45). De tal manera, estas unidades de cuidado estaban dirigidos al acogimiento de personas en extrema vulnerabilidad, indigencia o abandono, es decir, a aquellas que no contaban con las condiciones para asumir su autocuidado, por lo cual eran considerados como centros de misericordia o asilos. Actualmente, si bien esta noción aún permanece, como los centros de albergue o cuidados a personas vulnerables, poco a poco, estos espacios han ido transformándose dando lugar a espacios que pueden ofrecer servicios lucrados, dirigidos a personas que están en condiciones de acceder económicamente a estos servicios (Guevara-Peña N. , 2016). Y es que la demanda de estos centros ha ido en constante extensión acorde a la actual baja tasa de natalidad y aumento de expectativa de vida en la tercera edad (Maldonado J. , 2015). En esta perspectiva, Leturia (1999) apunta a que los ingresos para institucionalización no son homogéneos ya que están determinados por diversos criterios como: el tiempo de ingreso, definitivo o temporal; las capacidades autónomas y psicofísicas del adulto mayor, etc.

Existen múltiples causas por la que un adulto mayor llega al marco de la institucionalización. Entre esas, Guevara (2016), habla de las condiciones de trabajo informales, el sinhogarismo y otras situaciones derivadas que hacen que el adulto mayor no

puedan sostenerse social y económicamente. Así también, otra situación se da por las rupturas de vínculos familiares o a su vez en el no haber consolidado familias nucleares, lo cual podría derivar en escasas garantías de cuidado y sentimientos de soledad. Así mismo, influye el nivel de dependencia al que pueden estar sujetos los adultos mayores, ya sea por los declives físicos, cognitivos o afectivos. Por ejemplo, la dependencia del sujeto cuando enfrenta alguna enfermedad catastrófica que compromete su autonomía. Otra causal puede estar determinada por la pérdida de los roles sociales, dado por la dificultad para conseguir o mantener empleo en la adultez tardía, lo cual obstaculiza la independencia económica. Finalmente, a esto se añade, los escasos espacios comunitarios para la inclusión social y el mantenimiento de una vejez activa (Guevara-Peña N. , 2016).

Por otro lado, el ingreso a los establecimientos residenciales geriátricos puede desencadenar impactos en diversas esferas del adulto mayor. Por un lado, autores señalan la desconexión con el medio externo, de cual las relaciones con los grupos sociales y generacionales se debilitan, dado que ya no se frecuentan a las amistades o familiares. Además, a menudo los centros de institucionalización a veces niegan permisos dado que estos desplazamientos resultar riesgosos para los adultos mayores (Guevara-Peña N. , 2016). Así también, la institucionalización puede dar apertura a una vida sedentaria, por las actividades regulares, los horarios y las rutinas que imperan en estos establecimientos y en las que el adulto mayor se desenvuelve. Así mismo, se percibe un impacto en la autonomía del adulto mayor, que influye en su individualidad, toma de decisiones, tras el abandono de actividades cotidianas. En añadidura, el adulto mayor puede generar respuestas emocionales negativas como sensación de abandono, aislamiento o culpa, percepciones que pueden ser reforzadas por los estereotipos e imaginarios culturales y subjetivos que visualizan a la vejez como un periodo de pérdidas y deterioro.

Respecto a esta cuestión, Leturia (1999) refiere que cuando el adulto mayor no posee los recursos suficientes para enfrentar las exigencias de la institucionalización podría dar lugar a trastornos psicopatológicos u otras sintomatologías de orden fisiológico, psicológico, comportamental o relacionales como forma de respuesta a la adaptación. Así por ejemplo, se ha descrito que la prevalencia del desarrollo de depresión en los adultos mayores podría duplicarse en la población institucionalizada (Díaz et al., 2002). Sin embargo, no todos los residentes llegan a experimentar estos cuadros psicopatológicos, ya que hay quienes han mejorado su estado dentro del marco de la institucionalización (Leturia, 1999). A modo de ejemplo, aquellos adultos mayores que han vivido en escenarios familiares de constante estrés o abandono, o individuos en situación de calle sienten alivio a ingresar al marco institucional y cuando otros intervienen en su atención y ofrecen cuidado especializado, lo cual deriva en la mejora de su calidad de vida (Leturia, 1999).

En esta misma línea, estos espacios de cuidado adecuan sus servicios para ofrecer y contemplar de forma integral todas las necesidades y requerimientos del adulto mayor, de tal manera ayudan a los procesos de adaptación y enfatizan la idea de la institucionalización como un “medio de generación de soporte, apoyo, identidad, inserción social y pertenencia para los residentes” (Alves, 2013, p. 19). Por ejemplo, acorde al Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (2018), las unidades de atención se encargan de la elaboración de planes de atención individual, con el final de crear propuestas y estrategias de intervención personalizadas. Esto se ejecuta mediante los criterios del equipo profesional en colaboración con el adulto mayor y su familia en caso de que también esté involucrada. De esta manera, se realizan valoraciones gerontológicas integrales cada seis meses en donde se abarcan todas las esferas cognitiva-afectiva, social y física del sujeto. Así se promueven además prácticas de autocuidado y responsabilidad propia, el cuidado entre pares y a cuidadores, se potencian los roles activos en espacios de actividades, entre otras.

2.5 Ámbito cognitivo en la vejez

La reserva cognitiva se acumula a lo largo de la vida de cada individuo, el nivel cognitivo es modulado por factores tanto innatos como adquiridos, que permiten al sujeto optimizar su rendimiento cognitivo y así responder a las exigencias del entorno (Cancino et al., 2018). La disminución de la estructura cerebral y con ello, los cambios morfológicos del cerebro son las características principales que se suscitan ante el aumento de la edad cronológica (Da Silva, 2018). No obstante, la variabilidad individual es significativa y en la tercera edad, se destaca que no todas las funciones cognitivas declinan con la edad, por lo cual no todos los individuos de la tercera edad experimentan los mismos cambios cognitivos o con la misma intensidad.

2.5.1 Bases neurológicas de la estructura cognitiva

A nivel estructural, a partir de los cuarenta y cinco años de edad, paulatinamente se evidencia una ligera disminución morfológica del peso del encéfalo. Así, el peso encefálico de los adultos mayores es aproximadamente del 7% al 8% menor que el de un adulto promedio (Gil-Verona et al., 2002). Veliz, Riffo y Arancibia (2010), mencionan que los cambios también se dan a nivel molecular y metabólico e interfieren en la bioquímica cerebral, por ende los neurotransmisores tienden a disminuir. Sin embargo, no todos los cambios en el cerebro implican deterioro, así se han desarrollado aportaciones sobre la plasticidad y flexibilidad cerebral, dado el carácter adaptativo de las funciones neurobiológicas cerebrales las cuales disponen de recursos neuronales adicionales (Véliz et al., 2010), que pueden ayudar a responder estratégicamente a las demandas de la senectud (Papalia et al., 2012).

Entonces, durante el envejecimiento, los cambios más relevantes dan cuenta de una ralentización de los procesos mentales (Cuéllar & Rocha, 2011). De tal manera, en la función

neuropsicológica de la atención, se precisa un declive en la atención sostenida y selectiva. El deterioro en la categoría selectiva vendría dada como resultado de una dificultad perceptiva de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes y podría ser reforzada según el nivel de motivación que le provoque la actividad que el adulto mayor está realizando (Sánchez y Pérez, 2008). Esto también viene asociado a cambios degenerativos en los lóbulos frontales, mientras que la disminución de la velocidad del procesamiento estaría asociada a la reducción en la transmisión nerviosa, específicamente de la sustancia blanca (Román y Sánchez, 1998).

En cuanto la memoria, en el envejecimiento habrían implicaciones significativas en la memoria a corto plazo “(...) que almacena aquellos elementos que se encuentran presentes en la mente en el momento” (Craig y Baucum, 2009, p. 1), en donde la memoria de trabajo estaría más comprometida. De la cual, el adulto mayor suele expresar comúnmente descontento subjetivo. Román y Sánchez (1998), señalan que el deterioro se dirige al sistema ejecutivo central. Por otro lado, en la memoria a largo plazo, la subcategoría declarativa muestra un mayor déficit, siendo que la memoria episódica resultaría más afectada que la semántica. Estos autores señalan que el deterioro puede responder a la pérdida neuronal hipocámpica junto a cambios a nivel del tálamo y áreas corticales. Aún más, estas modificaciones estarían reforzadas por la disminución de los niveles colinérgicos, catecolaminérgicos y fosfolípidicos.

Por otro lado, en la vejez se muestra mayor declive de las funciones visoespaciales a partir de los ochenta años, mientras que las funciones visoperceptivas podrían iniciar alrededor de los sesenta y cinco años (Román y Sánchez, 1998). En cuanto al lenguaje, el declive funcional se asocia a la edad y la arquitectura del sistema lingüístico. No obstante, los déficits comúnmente detectados son: el acceso a las redes léxicas y la fluencia verbal. En 1995, autores como Burke y colaboradores, atribuyeron esto al debilitamiento entre las conexiones

nodulares léxicas y fonológicas (Román y Sánchez, 1998). Así por ejemplo, se ha evidenciado que los adultos mayores quieren evocar una palabra, más no pueden encontrarla afirmando que la tienen en la “punta de la lengua”, esto se describe como una falla temporal en el acceso léxico y la recuperación fonológica de la palabra a reproducir (Véliz et al., 2010).

Las funciones ejecutivas también tienden a mostrar un déficit en el desempeño, estas atañen a estructuras a nivel del lóbulo frontal, regiones prefrontales junto al deterioro de la sustancia blanca y ganglios basales. De la cual, se evidenciaría una mayor dificultad para actividades cognitivas como la resolución de conflictos, el control de impulsos, la planificación, organización y formación de conceptos (Román y Sánchez, 1998).

2.6 Afectividad del adulto mayor

Es indiscutible que las emociones han sido y son fundamentales en el desarrollo evolutivo de todo individuo. Se caracterizan principalmente por su función adaptativa y de supervivencia, así por ejemplo, propician reacciones adecuadas ante las exigencias del entorno, como en situaciones de peligro ante la aparición de depredadores (Ostrosky y Vélez, 2013). Para el neurocientífico Antonio Damasio en su teoría del proceso emocional, refiere que la emoción ocurre por la respuesta corporal de un proceso evaluativo que realiza el cerebro (Ostrosky y Vélez, 2013), aún más, la emoción representa una dimensión objetiva, ya que abarca aspectos observables y medibles (Pereira S. , 2019). A pesar de que mantienen un carácter innato, dado por el “reflejo de tendencias neurodinámicas seleccionadas por la evolución de las especies que son transmitidas genéticamente” (León, 2012, p. 110), también pueden ser moduladas por el aprendizaje, y de esta manera, adoptar respuestas emocionales acorde al contexto cultural en el cual se desarrolla el sujeto. Por el contrario, el término sentimiento estaría ligada a las valoraciones conscientes de las emociones (Morgado I. ,

2015), así constituiría una dimensión subjetiva, privada, no medible u observable de toda expresión afectiva (Pereira S. , 2019). Para Damasio (2011), el sentimiento es el evento interno, el mapa mental emocional, que puede reflejar las emociones y otros estados corporales.

Entonces, según Damasio (2011), la emoción y el sentimiento se desarrollaron y enlazaron evolutivamente para asegurar la supervivencia, el bienestar y el equilibrio homeostático de las especies. Si bien, como señalan los autores, las emociones e incluso la valencia que se les asigna, positivas o negativas, resultan adaptativas en particulares contextos. Así, estudios muestran que existen diferencias de edad en la experiencia de la ira y la tristeza, afirman que la ira tiende a disminuir en la vejez, mientras que la intensidad o frecuencia de la tristeza se mantiene o aumenta en esta etapa. Esto podría ser explicado dado que los mecanismos que evocan la ira requieren de mayor excitación fisiológica y por lo cual atañen mayores recursos cognitivos a diferencia de la tristeza (Kunzmann, Cathleen y Carsten, 2014).

Por otro lado, no existen estructuras únicas y definitorias de las emociones, ya que estas derivan de la conjugación de varias localizaciones cerebrales (Damasio A. , 2011). En el caso de las emociones, son mayormente producidas y reguladas por la amígdala, estructura localizada en la parte anterior de los lóbulos temporales del cerebro (Morgado I. , 2015), y también se incluye una parte del lóbulo frontal llamada corteza prefrontal, ventromediana y otra región frontal en el área motriz suplementaria y cingulada. Según Morgado (2015), la amígdala también se desempeña como un centro que almacena memorias emocionales y por tanto regula la asociación entre los estímulos inicialmente neutros a circunstancias emocionales en donde quedan impregnadas. En cuanto los denominados sentimientos, serían captados en la corteza somato sensorial en el lóbulo parietal. Damasio (2011), también menciona que se han identificado otras estructuras como centros de ejecución emocional tales

como: el hipotálamo, el cerebro anterior basal y ciertos núcleos del tegmento de la médula espinal.

En el envejecimiento, se ha llegado a evidenciar que las enzimas que intervienen en la síntesis de dopamina y norepinefrina tienden a disminuir junto a otras leves modificaciones en los niveles colinérgicos, dando como resultado la pérdida de neuronas subcorticales que sintetizan neurotransmisores. Así, persiste una disminución neuronal en la sustancia negra y el locus coeruleus. De la cual, estas alteraciones podrían explicar las variaciones en los patrones del sueño, memoria, el apetito, los estados de ánimo, etc. (Gil-Verona et al., 2002) Aún más, la disminución de los receptores de serotonina (5-HT), importantes en la regulación de la conducta, contribuyen a la incidencia de trastornos afectivos en las personas mayores, como la depresión (Cuéllar y Rocha, 2011).

No obstante, en la tercera edad, autores manifiestan que existe mayor dificultad en detectar y diagnosticar la presencia de trastornos mentales, más aún en el área afectiva, ya que suelen ser confundidas comúnmente con las manifestaciones físicas o disfuncionales propias de la adultez tardía. Además, los problemas psicopatológicos tienden a aumentar su incidencia con la edad, siendo los más frecuentes en el adulto mayor los trastornos emocionales de ansiedad y depresión y trastornos adaptativos (Díaz, Martínez y Calvo, 2002).

2.6.1 Depresión

La depresión es un estado afectivo “de actividad psicofísica baja” (Padilla et al., 2016, p. 1), otras denominaciones la consideran un trastorno afectivo caracterizado por un descenso del estado anímico, mientras que la OMS la configura como un trastorno mental recurrente.

Es también denominado Trastorno de depresión mayor y esencialmente se caracteriza por la presencia prolongada de los síntomas en un período de dos semanas o más. Según los

criterios del DSM-5 (2013), la sintomatología abarca un estado de ánimo bajo, junto a sentimientos de infelicidad, que se manifiestan la mayor parte del día y casi todos los días. También disminuye el interés o el placer en actividades que le resultaban agradables o gratificantes al sujeto. El peso corporal y el apetito se modifican, esto equivalente al 5% corporal en un mes, entonces puede haber un aumento o una pérdida sin hacer mayor actividad. Además, se manifiestan trastornos del sueño, es decir, insomnio o hipersomnia recurrentes. Otro de los síntomas es la agitación o retraso psicomotor que persiste en los días, además se manifiesta una disminución de energía, lentitud marcada, fatiga y esto además de ser subjetivo resulta observable para las demás personas.

Así también, el sujeto experimenta sentimientos de minusvalía, autocrítica incongruente y culpa excesiva. Además, hay dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones. Finalmente, otra característica es la presencia de ideaciones suicidas o pensamientos relacionados a la muerte, en el mejor de los casos sin un plan determinado para llevarlo a cabo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). De acuerdo a la cantidad o intensidad de los síntomas pueden ser catalogados como leve, moderado o grave. De esta manera, estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo que pueden repercutir en el área social, familiar u otras áreas de funcionamiento.

2.6.2 Etiología

La etiología de la depresión presenta un carácter multifactorial, por lo cual pueden confluir factores genéticos, características fisiológicas, hormonales o también eventos psicológicos y sociales. Por un lado, acorde a estudios genéticos se ha reportado que la herencia precisa entre el 40% al 50% de riesgo de padecer este trastorno, por tal es más frecuente entre los familiares de primer grado con esta condición (Castillo et al., 2011). Desde otra perspectiva,

Pérez et al. (2017) recopilan hipótesis sobre la etiología del trastorno depresivo mayor, que describen cambios estructurales y funcionales dados por procesos moleculares.

Una primera hipótesis asocia a las monoaminas con la depresión, esta plantea la presencia de anomalías en los receptores de la serotonina, dopamina y noradrenalina y la deficiencia en la transmisión serotoninérgica y adrenérgica en el circuito límbico. No obstante, aún se cuestiona el papel de estas estructuras, ya que los estudios fueron realizados sobre la acción de los antidepresivos, inhibidores que pueden también influir sobre otras estructuras y modular otros sistemas neuroquímicos (Pérez et al., 2017). Otra premisa se fundamenta en la relación del estrés crónico, esta teoría aduce que la predisposición a padecer depresión viene dado por cambios en el sistema nervioso central como resultado de la exposición a niveles crónicos de estrés. Esta hipótesis se respalda por varias investigaciones que apuntan a que los eventos estresantes vitales se configuran como un factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del ánimo (Sarason y Sarason, 2006). De la cual cada evento estresante puede impactar al cerebro y desencadenar alteraciones tróficas a nivel cerebral, disminuyendo la neurogénesis y la plasticidad neuronal.

Otra de las hipótesis asocia la respuesta neutrófica con la depresión mayor. Esta premisa aduce que la reducción de estas proteínas, provocan deterioro en las funciones del sistema límbico y funciones cognitivas, esto dado que las neurotrofinas o factor de crecimiento nervioso (NGF) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), son proteínas que promueven la neurogénesis y la neuroplasticidad. Así también Pérez et al. (2017) puntualizan la hipótesis de las citosinas pro-inflamatorias, dicha premisa se basa en los estudios derivados de las terapias inmunológicas en pacientes oncológicos o aquellos que padecen VIH-SIDA o Hepatitis B o C. Los autores señalan que las citosinas aumentarían la activación del factor liberador de corticotropinas, promoviendo hiperactividad en el eje hipotálamo-pituitarioadrenal, del cual también se observa un incremento a nivel de glucocorticoides, el

cual promueve la recaptación anómala de serotonina. Finalmente, otra premisa radica en la relación del déficit de GABA en el plasma sanguíneo y en el fluido cerebroespinal, del cual la exacerbación del sistema glutamatérgico alteraría la transmisión sináptica en áreas límbicas y corticales.

2.6.3 Clasificación

Pérez et al. (2017) mencionan que los manuales diagnósticos DSM-V y CIE-10 ofrecen pautas para clasificar estos trastornos afectivos. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), la depresión se categoriza en tres grupos: el Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado, en donde un mínimo de cuatro síntomas determina un nivel leve, mientras que ocho de los diez criterios lo categoriza como nivel grave (Cárdenas et al., 2010). Por otro lado, en el CIE-10 los describen en la categoría de trastornos del humor F30-39, que abarcan diez síntomas a diferencia del DSM-V. Su clasificación incluye: episodio depresivo leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos y otros.

Como se mencionó anteriormente, el Trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de síntomas prolongados en un tiempo de dos semanas, sin registro de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Además la sintomatología agrupa alteraciones somáticas, motoras, cognitivas y del estado de ánimo (Castillo et al., 2011). En contraste, en la Distimia o Trastorno depresivo persistente, la sintomatología se prolonga hasta un período mínimo de dos años, en este tiempo el individuo no deja de experimentar estos síntomas o también puede ser interrumpido por breves períodos de estabilidad (Sarason y Sarason, 2006).

Puede presentar criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, así se experimenta sintomatología relacionada al apetito, la disminución o sueño excesivo, agotamiento o escasa

energía, autoestima baja, falta de concentración y persistentes sentimientos de desesperanza (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), afectando las esferas funcionales del sujeto.

2.6.4 Incidencia de la depresión en el adulto mayor

La depresión puede afectar a las personas de todas las edades, razas, ocupaciones y condiciones sociales. Según la Organización Panamericana de la Salud (2017), se estima que aproximadamente 300 millones de personas sufren esta condición, lo que equivale al 4,4% de la población total, cifra que sigue en aumento paulatino de la cual se prevé que para el año 2030, la depresión será la enfermedad líder a nivel mundial.

Los trastornos afectivos constituyen las patologías más frecuentes en la tercera edad. Así, se estima que la prevalencia del desarrollo de un Trastorno depresivo mayor, abarca hasta un 2% en los adultos mayores, en donde más de la mitad de dicha cifra la representan las mujeres (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016). En este sentido, esta condición intensifica las comorbilidades e impacta sobre la calidad de vida del adulto mayor (Calderón D. , 2018).

Si bien los adultos mayores son quienes expresan con mayor frecuencia alteraciones en el estado de ánimo u otras afecciones más que los jóvenes, los gerontes presentan menor probabilidad de ser diagnosticados (Papalia et al., 2009). Por un lado, según Snowdon (2001), los gerontes podrían ser menos eficaces en darse cuenta, recordar o reportar síntomas que pueden contribuir a los criterios diagnósticos del trastorno. Por otra parte, autores mencionan que la sintomatología de la depresión, suele pasar desapercibida al asumir que estos síntomas provienen exclusivamente de las enfermedades esperadas físicas o psicológicas que aparecen en el envejecimiento. De tal manera, podrían ser confundidos con tristeza normal derivada de las pérdidas o duelos. Sin embargo, el impacto de la depresión, interfiere en las áreas de desempeño social, laboral o familiar del individuo e indiscutiblemente el apareamiento de

esta patología afectará de forma progresiva a la calidad de vida del geronte (Aguilar y Ávila, 2007).

Aguilar y Ávila (2007), mencionan que las manifestaciones de la sintomatología depresiva en el adulto mayor suelen ser fluctuantes, por lo que los instrumentos de detección subestiman los criterios diagnósticos. De esta forma, acorde el DSM-5 (2013), resulta importante la revisión de los criterios clínicos tomando en cuenta la historia de vida sujeto y las normas culturales que envuelven la expresión del malestar en el individuo. Por otro lado, en el tratamiento de estas afecciones, ya sea desde el lado de la psicoterapia o a través del uso de medicamentos antidepresivos que suelen ser utilizados como estabilizadores químicos en los adultos mayores, el apareamiento de efectos adversos se convierte de dos a tres veces más probables en esta población. Además, la población geronte presentaría mayor tasa de incumplimiento y adherencia al tratamiento, por lo cual son más susceptibles a recaídas (Papalia et al., 2009).

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados de la investigación respecto de la musicoterapia y su aplicación en adultos mayores institucionalizados que padecen de depresión.

3.1 Objetivos de la investigación

3.1.1 Objetivo general

Determinar los beneficios de la musicoterapia en el adulto mayor institucionalizado con depresión.

3.1.2 Objetivos específicos

- Conceptualizar la musicoterapia con sus diferentes principios y métodos.
- Describir las características propias (biológicas, psicológicas y sociales) de la adultez tardía, haciendo énfasis en el ámbito afectivo.
- Analizar los resultados obtenidos de la aplicación de musicoterapia al adulto mayor.

3.2 Hipótesis, variables e indicadores

3.2.1 Hipótesis

La hipótesis se expresa de la siguiente manera: “la musicoterapia es un recurso que mejora el estado depresivo del adulto mayor institucionalizado”.

3.2.2 Variables e indicadores

Las variables de la hipótesis, así como sus indicadores, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Variables e indicadores de la investigación*

HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES
La musicoterapia es un recurso terapéutico que mejora el estado depresivo del adulto mayor institucionalizado.	Musicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Número de intervenciones de musicoterapia. • Frecuencia y duración de las sesiones musicoterapéuticas. • Resultados en el cuestionario de preferencias musicales
	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES
	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • Duración de los síntomas • Resultados en Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).

Fuente: elaboración propia

3.3 Metodología

La investigación fue de orden teórico-aplicado. La metodología de la investigación se estableció bajo el enfoque cualitativo-cuantitativo, ya que parte de la recolección de datos e información junto al análisis estadístico, lo cual permite realizar una descripción y valoración de los aportes de la intervención de musicoterapia sobre la muestra escogida. A su vez, longitudinal, ya que compara datos en diferentes momentos de una misma población para evaluar posibles cambios (Bernal C. , 2006). Es necesario señalar que se realizó la aplicación del test utilizado en la investigación en dos momentos: antes y después (retest) de la musicoterapia.

El proceso metodológico contempló los siguientes pasos:

- Se estableció un primer contacto con las autoridades administrativas del centro “Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré”, a fin de obtener su consentimiento para la realización de la investigación.
- Se determinó la muestra a estudiarse, en base a criterios de inclusión y exclusión.
- Se pidió el consentimiento de las personas identificadas como posibles sujetos de investigación, para participar en ella. Para esto se les proporcionó un formato de consentimiento informado (Anexo 1).
- Se realizó la primera aplicación y registro individual, de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), a cada uno de los cinco participantes de la muestra (Anexo 2).
- Se aplicó el Cuestionario de preferencias musicales (Anexo 3) a los adultos mayores y se recopilaron datos para complementar la ficha musicoterapéutica.
- Se desarrolló el protocolo de intervención de musicoterapia (Tabla 2) para la muestra elegida. Este protocolo contempla quince sesiones. Las intervenciones de musicoterapia fueron individuales, con una frecuencia de una sesión semanal; tuvieron una duración de aproximadamente cuarenta y cinco minutos. Dentro de las sesiones se hizo uso de métodos pasivos y activos de la musicoterapia. En cada sesión musicoterapéutica se dispusieron de actividades, objetivos y medios de verificación con el fin de ser evaluados al final del proceso. Además, en cada intervención se adjuntó la Hoja de Observación de Respuestas (Anexo 4), que permite esquematizar de forma integral el desenvolvimiento del adulto mayor dentro del proceso.
- Luego de haber concluido con las sesiones de musicoterapia se procedió a la segunda aplicación (retest) de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15). De

esta forma, se dio paso a la última intervención para el cierre del proceso y la entrega individual de retroalimentación del proceso a los sujetos de investigación.

- Finalmente, se realizó el análisis de los resultados obtenidos a través del test-retest y de las fichas de observación. Estos resultados fueron sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación. Para el análisis de la GDS-15 se empleó la Prueba de rangos asignados de Wilcoxon, para dos muestras relacionadas, test-retest. Además se realizó el análisis del desempeño y consecución de los objetivos propuestos en las actividades musicoterapéuticas. Por último, se determinaron las actividades musicoterapéuticas con mayor eficacia para el ámbito emocional y el ámbito de participación e interacción social. Por último, los resultados fueron representados mediante tablas simples, gráficos de columna y gráficos de pastel.

Tabla 2. *Plan de intervención de musicoterapia*

Sesión	Modalidad	Actividad	Objetivos	Medios de verificación/ Recursos
1°	Individual 30 minutos	Primer contacto y presentación. Lectura de consentimiento informado.	Aclarar detalladamente el proceso. Crear un clima de comodidad y establecer rapport.	Consentimiento informado firmado.
2°	Individual 20 minutos	Aplicación de la Escala GDS-15; primera aplicación.	Detectar la presencia de depresión.	GDS-15. Papel y lápiz.
3°	Individual 45 minutos	Aplicación del cuestionario de preferencias musicales.	Crear una ficha músico terapéutica del paciente.	Cuestionario de preferencias musicales. Ficha músico terapéutica. Papel y lápiz.
4°	Individual 40 minutos	Actividad N°1. Evaluación y valoración integral individual.	Evaluar capacidades y destrezas en el área cognitiva, motora y emocional. Planificar el proceso	Registro de imitación rítmica y percepción auditiva. Hoja observación

			individualizado según características y necesidades del paciente.	de respuestas. Reproductor de música. Percusión.
5°	Individual 45 minutos	Actividad N°2 Socialización a través de la relajación y audición musical.	Promover la expresión y reconocimiento emocional entre pares.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música.
6°	Individual 45 minutos	Actividad N°3. Identificación de instrumentos/sonidos.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas. Potenciar la expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música. Instrumentos musicales.
7°	Individual 45 minutos	Actividad N°4 Reconocimiento melódico a través de la audición musical.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas. Promover la expresión y reconocimiento emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música.
8°	Individual 45 minutos	Actividad N°5 Acompañamiento musical y música en vivo.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas. Potenciar expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música. Instrumentos musicales.
9°	Individual 45 minutos	Actividad N°6 Composición personal de una obra de contenido lírico.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas. Potenciar expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música Hojas y lápiz.
10°	Individual 45 minutos	Actividad N°6 Continuación de la creación personal de una obra de contenido lírico. Análisis subjetivo.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas. Potenciar expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Hojas y lápiz.
11°	Individual 45 minutos	Actividad N°7. Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de tareas y experiencias exitosas. Potenciar expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor musical Instrumentos musicales rítmicos.
12°	Individual 45 minutos	Actividad N°8. Combinación de elementos y finalización	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y	Hoja observación de respuestas. Instrumentos

		de la pieza musical.	experiencias exitosas. Potenciar expresión emocional.	rítmicos.
13°	Individual 45 minutos	Actividad N°9 “Actividad espontánea propuesta por el paciente” Improvisación musical.	Motivar. Elevar el estado de ánimo a partir de tareas y experiencias exitosas. Potenciar la expresión emocional.	Hoja observación de respuestas. Reproductor de música y medios audiovisuales. Instrumentos rítmicos.
14°	Individual 20 minutos	Actividad N°10 Segunda aplicación del GDS-15; re-test.	Evaluar el estado afectivo del adulto mayor.	GDS-15
15°	Individual 45 minutos	Actividad N°11 Retroalimentación. Finalización del proceso.	Devolución de resultados a los pacientes.	Hoja observación de respuestas.

Fuente: elaboración propia

3.4 Población y muestra

La población se conformó por adultos mayores pertenecientes al “Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré”. La muestra estuvo constituida por cinco adultos mayores institucionalizados con depresión en el rango de edad de los 80 a 86 años. Esta fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, acorde a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 65 años, residentes en el “Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré”.
- Adultos mayores que residen en la institución a partir de tres meses o más.
- Adultos mayores con diagnóstico de depresión.

b. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con patologías neurodegenerativas, demencias o deficiencia intelectual.
- Adultos mayores con pérdida auditiva severa.
- Adultos mayores que hayan recibido sesiones de musicoterapia en procesos anteriores.
- Adultos mayores sin depresión

3.5 Técnicas e instrumentos de la investigación

La presente investigación abarca un análisis teórico-aplicado, para lo cual se usaron instrumentos cualitativos y cuantitativos. Se los describe a continuación:

3.5.1 Instrumentos cualitativos:

a) **Hoja de observación de respuestas:** es un instrumento desarrollado para la recolección de datos. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (1997), la observación hace posible “el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta” (p. 348) del paciente. En la observación participante específicamente, el observador tiene interacción y comparte experiencias directas con los sujetos de la investigación, al mismo tiempo que data la información (Hernández et al., 2014).

El formato de “Hoja de observación de respuestas” utilizado fue tomado de Mercadal-Brotons y Martí (2008). Esta hoja coincide con los objetivos de la investigación y permitió extraer y sistematizar información relevante de las sesiones realizadas, especialmente de la esfera cognitiva (memoria, lenguaje, gnosias auditivas, praxias ideomotoras, atención, concentración), y principalmente de la esfera socio-emocional. Se evaluó dando mayor importancia al estado de ánimo. Dicha hoja incluye el registro de expresiones faciales y

corporales, el nivel de participación en la actividad, así como la expresión de sentimientos y opiniones de las personas de la muestra.

b) Cuestionario de preferencias musicales: permite obtener información de manera sistemática y objetiva de los gustos musicales que se construyen a través de las interacciones que experimentan los sujetos (Casillas et al., 2014), y que están modulados por múltiples factores como: edad, contexto cultural, personalidad, entre otros. Acorde a Mercadal-Brotons y Martí (2008), el cuestionario de preferencias puede ser llenado o comentado verbalmente por el mismo paciente. En contraste, en casos de personas con deterioro cognitivo se recomienda que el cuestionario sea llenado por los cuidadores o profesionales para obtener información más prolija. Poch (2011) aduce que es un recurso fundamental antes de desarrollar los objetivos y el proceso de intervención, porque permite profundizar el conocimiento sobre el paciente, dado que esta información es de carácter individual. Además aporta a que el sujeto pueda sentirse valorizado al ser él la fuente principal de información.

En la investigación, el “cuestionario de preferencias musicales” fue aplicado a través de la modalidad entrevista, mediante la realización de preguntas cerradas y abiertas. De acuerdo a Hernández et al. (2014), las preguntas cerradas tienden a limitar las respuestas de los individuos, por ende se incorporaron las preguntas abiertas para ahondar la información (Hernández et al., 2014), y que esta pueda ser adaptada a las actividades realizadas en el programa de intervención de musicoterapia.

c) Musicoterapia: proceso metódico que consiste en la aplicación de la música con fines terapéuticos, que se lleva a cabo por un musicoterapeuta o terapeuta calificado. Como proceso terapéutico busca restaurar o mantener las competencias cognitivas, físicas o emocionales del paciente (Mercadal y Martí, 2008), a través de las experiencias musicales.

3.5.2 Instrumentos cuantitativos:

a) Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS-15): es un instrumento psicométrico de cribaje para detección de depresión en adultos mayores (Stone et al., 2019). En su versión original esta escala abarca 30 ítems, posteriormente da lugar a otras escalas abreviadas con 15 y 5 ítems respectivamente (Sheikh y Yesavage, 1986). Según Cheng y Chan (2004) como se citó en Gómez y Campo (2011), la GDS-15 mantiene un desempeño psicométrico similar a la escala original, con una consistencia interna entre 0,76 y 0,89. Gómez y Campo señalan que este instrumento se enfoca en la sintomatología cognoscitiva y excluye la somática de un episodio depresivo mayor, ya que hay más prevalencia de manifestación somática en el envejecimiento y este registro podría limitar la validez del instrumento (Gómez y Campo, 2011).

La escala GDS-15 se caracteriza por un patrón de respuesta dicotómica (sí o no). Cada ítem determina si existe la presencia de un parámetro de depresión y puntúa la respuesta con 0 o 1. Cabe destacar que cada ítem que recibe puntuación, se considera afirmativo para el diagnóstico de depresión y se lo toma en cuenta para su conteo. Así, las respuestas que reciben puntuación 1, son negativas “no” en los ítems: 1, 5, 7, 11 y 14; y son afirmativas “sí” en los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15. Así también, Kurlowicz y Greenberg (2007), sugieren los siguientes puntos de corte para la escala GDS-15: 0-4 (depresión normal), 5-8 (depresión leve), 9-11 (depresión moderada) y 12-15 (depresión severa). La validez y la fiabilidad del instrumento han sido respaldadas con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% (Kurlowicz y Greenberg, 2007). En esta investigación, la escala GDS-15 se aplicó antes y después del proceso de musicoterapia (modalidad test-retest), con el fin de verificar cambios en dos momentos temporales distintos. La administración de la escala bordea un tiempo aproximado de 15 minutos por paciente.

b) Prueba de rangos asignados de Wilcoxon: esta prueba se incluye dentro del análisis estadístico no paramétrico que estudia los modelos estadísticos en los cuales su distribución

poblacional no se acoge a criterios paramétricos. Es utilizada como una elección alternativa a la prueba T para dos muestras relacionadas al no poder establecer la normalidad en las muestras. Su utilización compara el rango medio de dos muestras relacionadas y busca determinar si existen diferencias significativas entre ambas. Dentro de su ejecución se establecen dos hipótesis (nula y alternativa) que determinan si “la probabilidad es menor o igual al nivel de significación obtenido, la hipótesis nula puede rechazarse en ese nivel de significación” (Siegel y Castellan, 1995, p. 114).

Esta prueba ha mostrado ser efectiva en el campo de las ciencias de la conducta (Siegel y Castellan, 1995), así, es comúnmente utilizada para la comparación de dos muestras de datos antes y después de un tratamiento. En la investigación se determinó que no existe distribución normal en la variable test, por lo cual se realizó la prueba para dos muestras pareadas de Wilcoxon, tomando los datos de la GDS-15 modalidad test y retest, por lo cual se partió en un nivel de significación de $p=0,05$. Finalmente, se empleó el programa IBM SPSS Statistics Versión 20 para su procesamiento.

3.6 Análisis de resultados

En este apartado se realiza el análisis de dos instrumentos clave, en primer lugar, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), el análisis de las Hojas de observación de respuestas de los pacientes y un análisis del Cuestionario de preferencias musicales.

3.6.1 Análisis de resultados de la Escala GDS-15

Luego de ejecutar una prueba de normalidad Shapiro-Wilk a la muestra del grupo retest de la GDS-15, se obtuvo que esta no cumple los parámetros de distribución normal. Esto ya que el nivel de significancia manifiesta que p deberá ser menor a 0.05 y el valor obtenido de esta prueba es de $p=0,49$ lo cual evidencia que el grupo retest no tiene normalidad distributiva.

A continuación, se realiza un análisis estadístico no paramétrico mediante la Prueba de Wilcoxon para muestras pareadas, con las muestras de los grupos de test y retest de la GDS-15.

Se establece el planteamiento de hipótesis nula e hipótesis alternativa:

- Hipótesis H_0 : No hay diferencias entre los niveles de depresión entre el test-retest.
- Hipótesis H_1 : Si hay diferencia entre los niveles de depresión entre el test-retest.

Para cuantificar si las intervenciones fueron efectivas o no, es necesario verificar si hubo un cambio estadístico significativo antes y después de la intervención. La herramienta estadística que se usó fue la Prueba de Wilcoxon (Siegel y Castellan, 1995). En esta prueba, existe un indicador que se denomina *significación asintótica bilateral*. La significación asintótica bilateral debe ser menor de 0.05 ($p < 0.05$) para que exista una diferencia entre los tests antes y después de las intervenciones con musicoterapia.

En este caso, se constata que existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos test y retest, ya que se obtiene un valor de $p=0.038$, y esta prueba determina que los valores son significativos si el nivel de significancia es menor a 0.05. De esta forma se rechaza la hipótesis nula y se expresa que existe diferencia entre los niveles de depresión del test y retest.

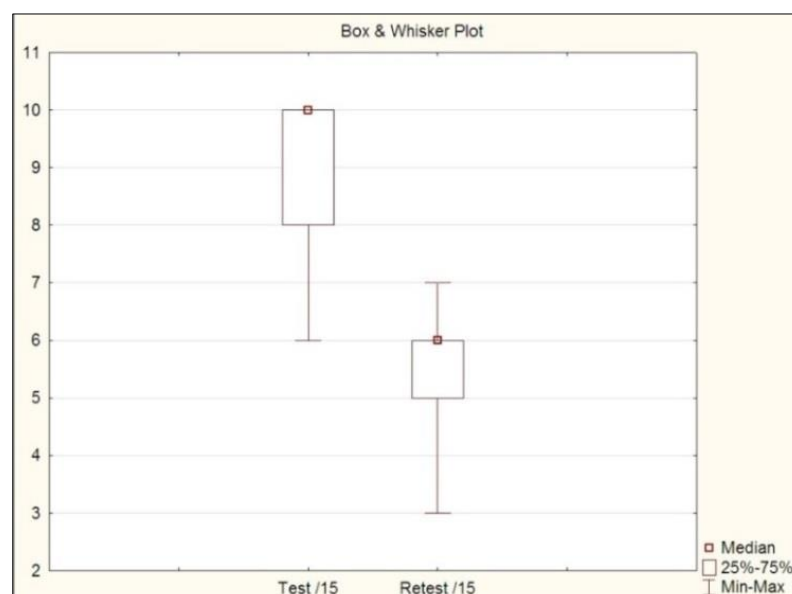


Figura 1. Diagrama comparativo de caja y bigotes del test-retest GDS-15

Fuente: elaboración propia

En la Figura 1, el diagrama comparativo de caja y bigotes muestra la distribución de puntuaciones del test-retest GDS-15. Con el respecto al test, se muestra entre el 25 % y 75% de puntuaciones se concentran en el punto 8 y 10. Mientras que el retest, el desplazamiento de las gráficas de caja hacia abajo, indica la mayor concentración de puntuaciones, esto es que el 25% al 75% de datos señalados se establecen entre el punto 5 y 6. Los resultados observados no se reparten equilibradamente en ambos lados y se observa una diferencia significativa de los resultados entre test y retest obtenidos de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon, en donde las puntuaciones del retest han disminuido. Así se afirmaría que la aplicación de musicoterapia sería efectiva para reducir los niveles de depresión en adultos mayores.

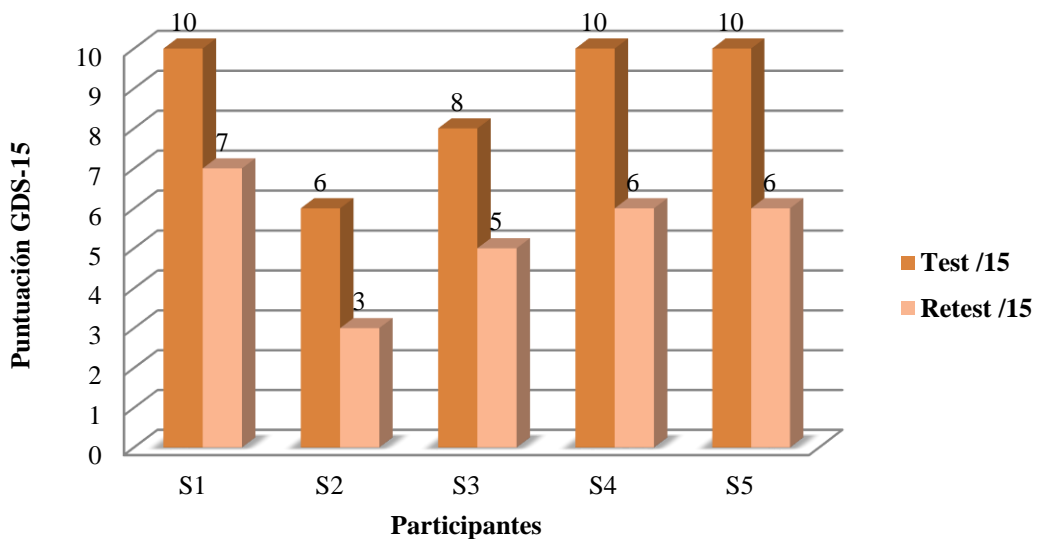


Figura 2. Resultados de puntuaciones test-retest de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS-15)

Fuente: elaboración propia

En la Figura 2, se observa que las puntuaciones del retest (GDS-15) disminuyen en comparación de las puntuaciones del test (GDS-15). En promedio general, las puntuaciones de grupo de la variable test fueron de 8,8 que a diferencia del retest el promedio de las puntuaciones de grupo disminuyen ya que fueron de 5,4. Desde otra perspectiva, a nivel individual, el sujeto #1 indica una puntuación de 10 en el test, que apunta a una depresión moderada, mientras que en el retest muestra una puntuación de 7, lo que sugiere una depresión categoría leve. El sujeto #2, señala una puntuación de 6 en el test, depresión categoría leve, en contraste, en el retest obtiene una puntuación de 3, lo que indica un estado anímico normal. A continuación, el sujeto #3, muestra 8 puntos en el test, categoría depresión leve y en el retest puntúa 5 y se mantiene en la categoría leve. Finalmente, los sujetos #4 y #5 obtienen un puntaje de 10 puntos en el test, categoría depresión moderada, mientras que en el re-test esta puntuación baja a 6 puntos, que señala una depresión nivel leve. De tal forma se concluye que los niveles de depresión han disminuido en los participantes de la investigación, de una depresión moderada a una depresión leve, como de una depresión leve a un estado anímico normal.

Seguido a esto, se examinan los resultados de las puntuaciones afirmativas totales de la muestra de cada ítem de la GDS-15 y se extraen aquellos ítems con mayor relevancia, determinados por el nivel de diferencia obtenidos entre la primera y segunda toma de la GDS-15.

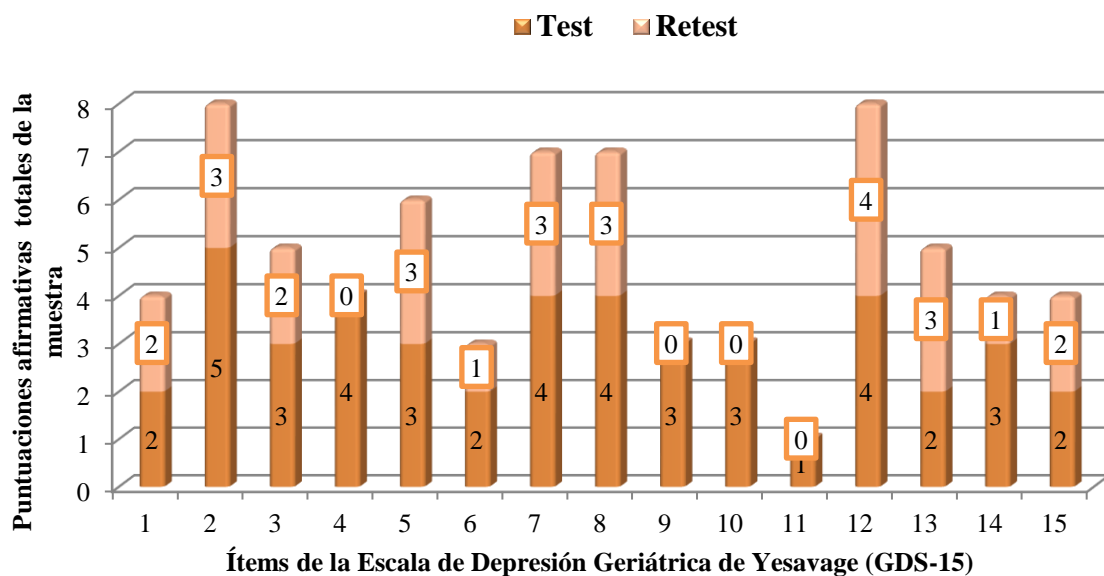


Figura 3. Puntuaciones afirmativas totales de la muestra en test GDS-15 y retest GDS-15

Fuente: elaboración propia

En la Figura 3, en el ítem #4 del test que corresponde a la pregunta: ¿Se encuentra a menudo aburrido?, 4 participantes de la muestra señalaron una puntuación afirmativa, en contraste, en el ítem #4 del retest, ningún participante afirmó que usualmente se encuentra aburrido. Así también, en el ítem #9, modalidad test, que enlaza a la pregunta: ¿Prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?, 3 participantes obtuvieron una respuesta afirmativa, mientras que en el retest ítem #9, ninguno de los sujetos expone una contestación afirmativa, lo que denota que ninguno prefiere quedarse en casa a salir a realizar actividades.

En cuanto al ítem #10 del test, correspondiente a la pregunta ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?, existen tres respuestas afirmativas de los sujetos, por el contrario, en el retest ítem #10, ningún participante cree que posee más problemas que los demás. Finalmente, en el ítem #12, no existe diferencia entre el test y retest que enlaza la pregunta ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?, de tal forma 4 participantes se mantienen con una contestación afirmativa en este ítem.

3.6.2 Análisis de información de la Hoja de observación de respuestas

A continuación, se realiza un análisis para evaluar la consecución de los objetivos establecidos para las actividades de musicoterapia, los cuales se pueden visualizar en la Tabla 2 de Protocolo de Intervención. Este análisis se lo hace a través de la Hoja de observación de respuestas (Anexo 5) de cada uno de los integrantes de la muestra. Estos objetivos son:

1. Generar procesos motivacionales.
2. Elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas.
3. Potenciar la expresión y reconocimiento emocional.

El cumplimiento de estos objetivos se respalda en el registro de observación del área socioemocional de la Hoja de observación de respuestas. Para el objetivo número 1, se tomó en cuenta las variables: “Hace comentarios positivos sobre la actividad”, “Expresa opiniones/preferencias musicales” y “Participa en la actividad propuesta”. Para el objetivo número 2, se enlazó con las variables “Sonríe/Ríe”, “Muestra expresión facial/corporal distendida” y “Hace comentarios positivos sobre la actividad”. En el objetivo número 3, se consideró la variable “Expresa sentimientos”. En todos los casos, se considera que el objetivo se alcanzó cuando la persona respondió “Sí”, y que no se alcanzó el objetivo cuando la persona respondió “No”.

Así se determina lo siguiente:

Objetivo: Generar procesos motivacionales

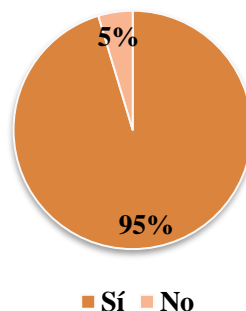


Figura 4. Cumplimiento del objetivo 1: Generar procesos motivacionales

Fuente: elaboración propia

En la Figura 4, el objetivo que pretende generar procesos motivacionales se cumple en un 95% de las actividades musicoterapéuticas en el total de la muestra. Mientras que en un 5% no demuestra efectividad.

Objetivo: Elevar el estado de ánimo

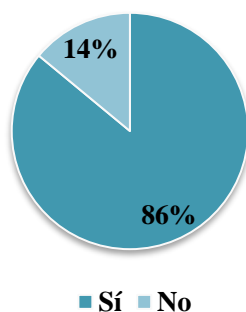


Figura 5. Cumplimiento del objetivo 2: Elevar el estado de ánimo

Fuente: elaboración propia

En la Figura 5, el objetivo de elevar el estado de ánimo a partir de las tareas y experiencias exitosas en la aplicación de las actividades de musicoterapia, obtiene un desempeño del 86% en el total de la muestra. Mientras que en un 14% no evidencia efectividad en las actividades musicoterapéuticas.

Objetivo: Promover la expresión y reconocimiento emocional

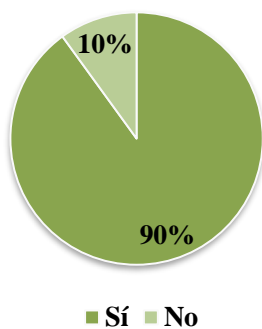


Figura 6. Cumplimiento del objetivo 3: Promover la expresión emocional

Fuente: elaboración propia

En la Figura 6, el objetivo de promover la expresión y reconocimiento emocional del adulto mayor en las actividades musicoterapéuticas, obtiene un desempeño del 90% en el total de la muestra. En contraste, solo el 10% no evidencia el cumplimiento de este objetivo en las actividades de musicoterapia.

De tal manera, se llega a la conclusión de que los tres objetivos propuestos para las actividades musicoterapéuticas se han cumplido y han logrado un desempeño satisfactorio en el curso del proceso de musicoterapia.

En un siguiente punto, se analizan las intervenciones de musicoterapia con mayor efectividad para los campos de: a) estados de ánimo y autoestima y b) participación, interacción social y comunicación. Estos campos están categorizados en el área socioemocional de la Hoja de observación de respuestas (Anexo5). El estado de ánimo y autoestima se evalúa sobre un total de 3 puntos (3 preguntas), mientras que la participación, interacción social y comunicación se evalúa sobre 5 puntos (5 preguntas).

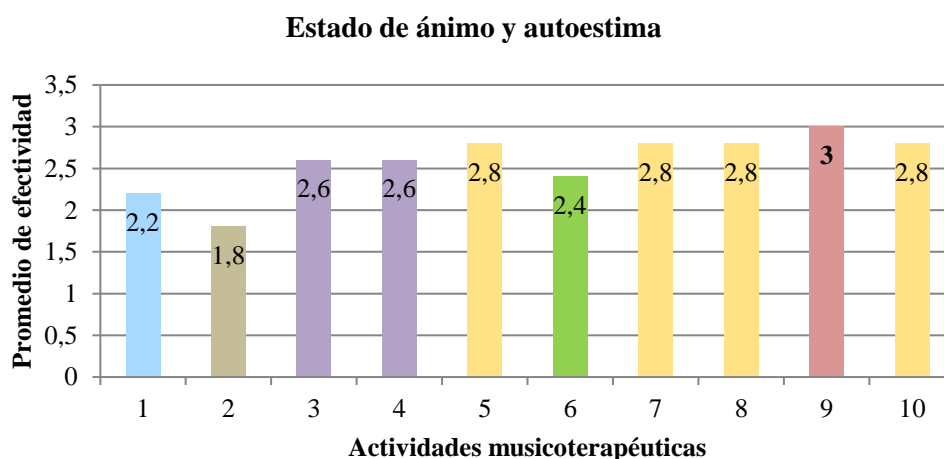


Figura 7. Actividades musicoterapéuticas efectivas al ámbito estado de ánimo y autoestima

Fuente: elaboración propia

En la Figura 7, las actividades con mayor puntuación positiva para el ámbito de “Estado de ánimo y autoestima”, con un promedio de 3, es la actividad musicoterapéutica #9, denominada: “Actividad espontánea propuesta por el paciente”. Con un promedio de 2,8 se incluyen las actividades musicoterapéuticas #5, #7, #8 y #10. Estas corresponden a las actividades denominadas: “Acompañamiento musical y música en vivo”, “Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal”, “Combinación de elementos y finalización de la

pieza musical” y “Retroalimentación y finalización del proceso”. Estas actividades son de modalidad activa recreativa.

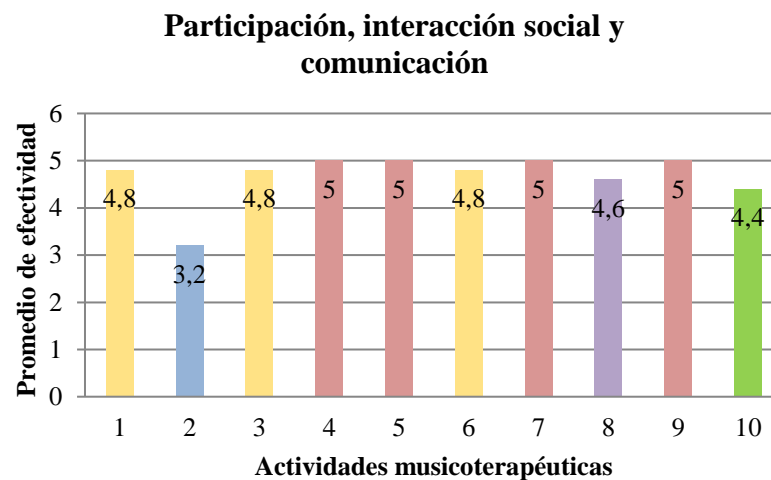


Figura 8. Actividades musicoterapéuticas efectivas al ámbito participación, interacción social y comunicación.

Fuente: elaboración propia

En la Figura 8, para el ámbito de “Participación, interacción social y comunicación”, las actividades con mayor puntuación positiva, con un promedio de 5, se establecen las actividades #4, #5, #7 y #9. Estas corresponden a las actividades: “Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical”, “Acompañamiento musical y música en vivo”, “Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal” y “Actividad espontánea propuesta por el paciente”. Estas se caracterizan por ser de modalidad activas recreativas.

3.6.3 Análisis de información del Cuestionario de preferencias musicales

En relación a la información extraída por el “Cuestionario de preferencias musicales”, se destaca que todos los participantes gustan de la música. Por otro lado, el instrumento con mayor preferencia para los participantes es la guitarra. Asimismo, los adultos mayores

mencionaron su agrado por otros instrumentos de cuerda como: piano, arpa. Asimismo, por instrumentos de viento como: acordeón, flauta travesa, armónica y rondador. Desde otra perspectiva todos los participantes afirmaron que el escuchar música les permite animarse y sentir alegría. Así también, la consideran como un medio de relajación, un recurso para aliviar tensiones y disminuir aflicciones.

Tabla 3. *Preferencias de géneros y estilos musicales*

Géneros y estilos musicales	S1	S2	S3	S4	S5
Bachata					
Baladas	X	X	X	X	X
Bolero	X	X	X	X	X
Clásica	X		X		X
Cumbia	X	X		X	X
Electrónica					
Folclórica	X	X	X	X	X
Hard/Rock					
Hip Hop					
Jazz/Blues					
Merengue	X		X	X	X
M. Nacional	X	X	X	X	X
Nueva Era					
Pop					
Reggaetón					
Rock and roll					X
Salsa	X			X	X
Soul/Funk					
Otros					

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 3, se muestran los géneros y estilos musicales con mayor influencia en los adultos mayores. Los estilos musicales que muestran mayor preferencia por todos los participantes fueron: las baladas, los boleros, la música folclórica y la música nacional. Seguido a esto, los estilos con menor elección fueron: la cumbia, el merengue, salsa, música clásica. Además solo un participante se inclina por el género musical rock. Mientras que estilos extranjeros como el Hip hop, el Jazz, Soul, Reggaetón, entre otros, no fueron

seleccionados por ninguno de los participantes. De esta manera se infiere que los participantes de la investigación evidencian favoritismo por la música familiar, como los estilos nacionales o latinoamericanos.

3.7 Discusión

El objetivo de la presente investigación se centró en establecer los beneficios de la utilización de la musicoterapia en adultos mayores que padecen depresión. De forma específica, la investigación se focalizó en adultos mayores dentro del marco de la institucionalización. En este sentido, la musicoterapia se configuró como una alternativa de intervención o alternativa complementaria para tratar dicho trastorno, ya que según investigaciones de autores como Poch, Bruscia, Hillecke han destacado que la influencia de la musicoterapia es efectiva y por ende ha consolidado bases dentro de su aplicación en el ámbito afectivo, en niños, adolescentes, jóvenes e incluso adultos mayores, ya que permiten desencadenar respuestas emocionales y desarrollar experiencias subjetivas individuales (Jauset, 2018).

Tras el análisis de datos pertenecientes a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), se evidencia que existe una diferencia significativa entre los resultados del test y retest. Por un lado, el promedio de las puntuaciones del test GDS-15 se sitúa en 8,8 mientras que en el retest GDS-15, el promedio disminuye y se establece en 5,4. Ahora, acorde a la Prueba de muestras pareadas de Wilcoxon, el valor obtenido es significativo ya que $p=0.038$. De tal manera, el retest muestra que los niveles de depresión habrían disminuido en los adultos mayores de la muestra. Esto señalaría que la aplicación del programa de musicoterapia ha tenido una influencia positiva en los pacientes y de esta manera, la hipótesis de esta investigación se confirmaría, es decir que la musicoterapia podría ser utilizada como una herramienta que mejora el estado depresivo del geronte.

Este resultado, también se constata con los puntos de corte de la GDS-15 señalados por Kurlowicz y Greenberg (2007), los cuales al ser relacionados con las puntuaciones del test, se extrae que en la primera toma de la GDS-15, tres de los participantes tenían una depresión de nivel moderado y que al finalizar el proceso la depresión bajó a un nivel leve. Así también, uno de los participantes, ya no mostró ningún nivel de depresión en el retest y de esta manera ya se cataloga como un estado anímico normal.

Por otro lado, según los criterios diagnósticos de la depresión en el DSM-V, algunos de los síntomas destacan la pérdida del interés o el placer en realizar actividades, así también, un estado de ánimo bajo recurrente, junto a la presencia de sentimientos de inutilidad o culpa, los cuales refuerzan fuertes efectos dentro de la esfera emocional de cada individuo (Luna y Vilchez, 2017). Desde esta perspectiva, la investigación desarrolló objetivos para las actividades musicoterapéuticas los cuales posibilitan trabajar sobre la sintomatología de la depresión. Así, los objetivos se centraron en: a) generar procesos de motivación b) elevar el estado de ánimo y c) potenciar la expresión y reconocimiento emocional. Los resultados del análisis de estos objetivos parten a través del registro de observación de cada paciente en su sesión individual de musicoterapia.

Con respecto a generar procesos motivacionales, se expone que este objetivo alcanzó un desempeño del 95% en las actividades musicoterapéuticas. Esto determinaría que en la mayoría de intervenciones los pacientes se convirtieron en actores principales del proceso. Constantemente demostraban motivación, interés y participación sobre las actividades propuestas. Además, dentro de las sesiones los pacientes ofrecían múltiples participaciones verbales, con comentarios sobre sus preferencias musicales, sugerencias, opiniones. A menudo, los gerontes expresaban comentarios positivos sobre el desarrollo de las actividades. Expresiones como: “me resulta agradable” o “siempre me han gustado los sanjuanés, me

acuerdo de mi juventud y mi niñez”, entre otras fueron frecuentes durante el desarrollo de las actividades.

El cumplimiento de este objetivo también se puede ratificar a través del análisis de las respuestas del test y retest de la GDS-15. Así por ejemplo, en la segunda aplicación de la GDS-15 ningún participante afirmó su preferencia de quedarse en su lugar de residencia en vez de salir o realizar otras tareas. Incluso, ningún participante expresó que con frecuencia se siente aburrido, a diferencia del test en donde sus respuestas fueron afirmativas. Esto podría reforzar que se han creado aspectos motivacionales y se ha fomentado el interés en los participantes por mantenerse en actividad.

Así también, el objetivo que se focalizó en elevar el estado de ánimo a través de las tareas de éxito, se cumplió de manera satisfactoria en un 86% en las actividades de musicoterapia ejecutadas. Las sesiones y las actividades efectuadas no tenían un carácter evaluativo, por lo cual el propósito no fue calificar u otorgar un valor cuantitativo a las tareas. De esta manera todos los pacientes podían ejercerlas sin sentir presión de fallar, dado que todas las actividades fueron desarrolladas y adaptadas acorde a sus necesidades y capacidades. Esto indicaría que hubo una sensación de control sobre el ambiente de trabajo, que según Maier y Seligman (2016) como se citó en Grahek et al. (2019), resultaría como un factor protector ante los efectos fisiológicos o conductuales negativos en situaciones que se derivan del estrés. Las tareas de éxito también permiten trabajar aquellos sentimientos relacionados a la falta de inseguridad o poca confianza en sí mismo y anular las percepciones de inutilidad, aumentando así su autoestima. Por ende, en el proceso era muy frecuente ver expresiones faciales de sonrisa, risa y expresiones corporales distendidas, lo cual permite deducir que los individuos se encontraban en un entorno que les generaba comodidad y seguridad.

En la misma línea, el siguiente objetivo implementado para potenciar la expresión y reconocimiento emocional expuso un desempeño del 90% en las sesiones musicoterapéuticas.

La expresión emocional permite que los sentimientos y emociones puedan ser trabajados y en ese sentido, reevaluados subjetivamente. Entonces, las actividades musicoterapéuticas aportaron como un espacio en el cual los pacientes frecuentemente evocaban sentimientos y emociones generados por la experiencia musical. Por un lado, los contenidos evocados estaban relacionados a experiencias de vida como la juventud, constantemente rememoraban experiencias gratas y no gratas sobre su pasado, narraban recuerdos importantes con gran carga afectiva. Así por ejemplo un paciente afirmó: “al menos usted me trabaja los sentimientos” y “me siento otro hombre en las sesiones, porque me acuerdo de cosas de la juventud que quería hablar”.

Así también, otro paciente al realizar la actividad de composición lírica de una canción manifestó: “el amor siempre le hace feliz a uno, el sentirse recompensado al amar y sentirse amado”. Por otro lado, también expresaban sentimientos generados por las actividades musicales, del cual en su mayoría afirmaban que era de su gusto el utilizar música nacional porque les permite sentirse familiarizados y esto les evoca una sensación de bienestar. A modo de ejemplo, al finalizar una actividad de composición musical un paciente mencionó: “me está reaccionando el cuerpo, el alma, la vida con la música”, mientras que otro individuo al escuchar una de sus canciones favoritas en estilo de cumbia expresó: “me ha calmado, me ha alegrado la vida”.

Por otro lado, se evidenció que el método activo o denominado también recreativo tuvo mayor predominio y recepción por parte de los participantes. Esto se determinó ya que tras estudiar la eficacia de las intervenciones de musicoterapia, en el área del estado de ánimo y autoestima como en el ámbito de participación, interacción social y comunicación, las actividades que se destacaron tienen la característica de desarrollarse a través del método activo, junto a sus técnicas de interpretación, composición e improvisación. Así por ejemplo, las actividades musicoterapéuticas más sobresalientes fueron: “Actividad espontánea

desarrollada por el paciente”, en el cual los sujetos proponían la actividad que les gustaría realizar, en su mayoría quisieron compartir temas de melodías de los cuales los acompañaron con los instrumentos o canciones que no tenían la oportunidad de escuchar en muchos años. Así, esto permitió la exploración de sentimientos e ideas contenidas en ellas, al mismo tiempo en el que se involucraban vivencialmente en la experiencia musical.

Otra de las actividades con mayor recepción fue el “acompañamiento musical y música en vivo”. En donde el paciente surge como el protagonista principal de la sesión y el terapeuta es el que únicamente guía el proceso (Bruscia K. , 2007). En las sesiones, los pacientes mostraban una motivación natural para acompañar las canciones, elegían el instrumento a su preferencia como las maracas, claves o introducían el canto espontáneo. De igual modo, una de las actividades que evidenció su eficacia para la exploración emocional fue a través de la actividad de composición. Al invitar a los participantes a crear una melodía que formara parte de una futura canción, permitió el desarrollo de procesos creativos, la exploración de temas subjetivos representados a través de la letra o música de una pieza musical, lo que según Bruscia (2007), esto podría fortalecer las habilidades de expresión y comunicación emocional. Así por ejemplo, un paciente manifestó: “la canción quedó en el ritmo que me ha gustado siempre, está muy bonito”, “he estado inspirado”.

Por otra parte, resulta importante mencionar que los adultos mayores no mostraron preferencia por los métodos pasivos. Las sesiones con actividades pasivas fueron desarrolladas en las primeras intervenciones musicoterapéuticas, en las cuales predominó la audición musical. Es decir, que los pacientes reciben los estímulos musicales y tienen una participación indirecta dentro de la sesión. El método pasivo permite evocar estados de comodidad y relajamiento. De esta manera, Poch (2011) menciona que este método es esencial para promover la alianza terapéutica al inicio del proceso y también favorece al rapport para después ir introduciendo las sesiones con modalidad activa. Así, se podría inferir

que los adultos mayores tendrían mayor afinidad a participar activamente, producir música e involucrarse productivamente en el proceso.

Adicionalmente, cabe destacar que la participación de los individuos se reforzaba cuando se utilizaban melodías familiares o de su preferencia como la música nacional en las actividades. Esto lo reitera Mercadal-Brotons y Martí (2008), ya que afirman que se ha evidenciado que los adultos mayores mantienen preferencia por la música que solía ser popular en sus años de juventud, además del repertorio folclórico. Sin duda, a través del cuestionario de preferencias musicales se vio que los adultos mayores gustaban de los ritmos nacionales como el Pasillo, el Sanjuanito, los Albazos, baladas, boleros, entre otros y de esta manera al usar dichos elementos y estilos musicales contribuyeron al registro de su reacción y percepción ante estos estímulos. Importante mencionar que según los estudios de Blood y Zatorre en Sel y Calvo-Merino (2013), la presencia de estímulos musicales placenteros asociados a respuestas ante música familiar, provocaban mayor actividad en el hipocampo en los individuos y activaban también los circuitos de recompensa que refuerzan la experiencia afectiva musical.

De tal manera, la aplicación del Cuestionario de preferencias musicales resulta fundamental antes de iniciar al proceso porque se pueden determinar los estilos musicales del agrado de los adultos mayores y así aumentar la capacidad de disfrutar la experiencia musical. Asimismo, el participante genera motivación y más adherencia al proceso cuando sus opiniones y sugerencias son consideradas. Por otro lado, al tener presente las respuestas del cuestionario, también se pueden evitar canciones que detonen una gran carga emocional que pueden tener una valencia negativa en el paciente u otros estilos que al no ser del agrado del adulto mayor, desvían su atención y consecuentemente este pierde interés en la actividad. De tal manera, Poch (2011) enfatiza que una elección errónea en los estilos musicales como en las actividades implementadas, podría resultar inútil y también perjudicial.

Entre otros aspectos, resulta importante mencionar que la musicoterapia también se establece como un espacio en donde se crea un vínculo entre el terapeuta y el paciente, lo que se denomina alianza terapéutica (Poch, 2011). Fernández y Rodríguez (2001) como se citó en Andrade (2005) aducen que esta variable permite una red de enlaces personales positivos y que está determinada por el tono emocional, la empatía, la confianza y la aceptación en el proceso. De tal manera, al inicio y durante todo el transcurso de la musicoterapia fue necesario mantener la alianza terapéutica ya que esta fortalece el proceso y da paso a que los pacientes puedan mantenerse en un espacio de confianza y comodidad en el cual pueden depositar libremente sus experiencias y afectos. Esta alianza, también influye en la calidad de las intervenciones y la consecución de los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, un paciente mencionó: “por lo menos me atiende el pasado” en referencia a que se sentía acompañado durante el proceso.

Finalmente, la principal limitación de la investigación fue el tamaño pequeño de la muestra ya que se trabajó con cinco adultos mayores. De esta manera, los datos recogidos de la muestra podrían ser imprecisos en base a los parámetros estadísticos. Entonces, en futuras investigaciones resultaría conveniente ampliar la población para conformar una muestra heterogénea que permita extender los resultados al analizar otras variables acerca de la influencia de la musicoterapia. De tal forma, se podría realizar un análisis por género, edad o nivel educativo. Así también, otra de las limitaciones consiste en que no se ha determinado si únicamente las sesiones de musicoterapia fueron efectivas para reducir los niveles de depresión. Esto sucede ya que no se pueden precisar las actividades que realizaban los pacientes durante los días que no tenían las sesiones musicoterapéuticas, ya que los adultos mayores pueden llevar a cabo actividades personales además de que en la institución cuentan con variadas tareas ocupacionales, tienen acceso a terapias físicas, talleres e incluso servicio psicológico que cubren las necesidades de los residentes en caso de que lo requieran.

CONCLUSIONES

- La influencia de la música como recurso terapéutico depende de múltiples factores asociados al adulto mayor, como la edad, el estado físico, mental y emocional, así también como las experiencias de vida.
- La musicoterapia a nivel terapéutico ha demostrado su eficacia en la disminución de niveles de depresión en adultos mayores, por lo cual podría considerarse como un método terapéutico o complementario para el tratamiento de trastornos afectivos como la depresión. Esto se respalda a través de la prueba Wilcoxon y el análisis de las puntuaciones del test y retest, los cuales determinaron que los niveles de depresión disminuyeron. Así, se evidenció que las categorías de depresión moderada bajaron a depresión leve, e incluso una depresión leve cambió a un estado anímico normal.
- Las intervenciones de musicoterapia mostraron efectividad en el progreso de ciertos síntomas de la depresión. De esta manera, los síntomas depresivos que evidenciaron mejoría fueron: la pérdida del interés y el placer al realizar actividades, el estado anímico bajo y los sentimientos de inutilidad e inseguridad.
- El proceso musicoterapéutico ha logrado desarrollar procesos motivacionales, fomentar el interés y participación en los adultos mayores al realizar actividades musicales.
- Las actividades musicoterapéuticas han permitido elevar el estado de ánimo a partir de las tareas de éxito, con lo cual se fomenta la seguridad, confianza y aumenta la autoestima del adulto mayor y la sensación de bienestar.
- La musicoterapia permite la expresión y el reconocimiento emocional en el adulto mayor, del cual afloran sentimientos y experiencias que pueden ser reevaluados por los pacientes y acompañados por el terapeuta.
- Los métodos activos presentan una mayor eficacia en el ámbito afectivo como en el ámbito de participación e interacción social. Además de que los métodos activos han

tenido una mayor recepción positiva por los adultos mayores. A diferencia de los métodos pasivos los cuales no evidenciaron preferencia por los participantes.

- El cuestionario de preferencias musicales resulta importante para el desarrollo del proceso, como para la elaboración y estructuración de un adecuado plan de intervención. Así, es fundamental para que los participantes generen motivación y adherencia al proceso. Además, evita el uso de recursos musicales que desvían la atención o la pérdida del interés en el adulto mayor.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la implementación de programas de musicoterapia de forma estable como un recurso de nivel preventivo y terapéutico, los cuales pueden ser adaptados a las condiciones de la institución para evitar interferencias en otras intervenciones que realizan los pacientes.
- Se propone efectuar sesiones de musicoterapia de modalidad grupal con el fin de evaluar los efectos que se generan en la dinámica social.
- Se propone replicar la investigación con un número mayor de pacientes en la muestra para otorgarle un valor más significativo estadísticamente y a su vez realizar la investigación con adultos mayores institucionalizados y con no institucionalizados, para determinar la influencia musical en estas poblaciones.
- Se sugiere prolongar el tiempo de aplicación de musicoterapia, además de aumentar la frecuencia de sesiones en la semana, con el objetivo de determinar los posibles efectos que se pueden obtener.
- Se recomienda contar con asistencia técnica dentro de las sesiones de musicoterapia con el fin de que el terapeuta pueda enfocarse en su totalidad al momento de realizar las actividades musicoterapéuticas, interactuar con los pacientes y registrar las observaciones pertinentes.
- Se sugiere, explorar la utilidad de los métodos activos de la musicoterapia y aplicarlos en los residentes de la institución geriátrica en talleres u otros procesos.
- Se recomienda evaluar las actividades musicoterapéuticas antes de ser aplicadas y de esta forma prever que elementos musicales deben ser adaptados para las condiciones de los pacientes. Esto es por ejemplo, tener en cuenta el volumen de las melodías, la manipulación asequible de los instrumentos, el tempo adecuado para las actividades o el rango vocal de acuerdo a la tesitura de sus participantes en el canto.

- Se sugiere que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) no sea la única herramienta utilizada en la detección de depresión, sino que se complemente con entrevistas personales junto a la historia clínica del paciente.
- Se recomienda mantener un proceso de seguimiento de caso a los pacientes de la muestra y posteriormente evaluar la evolución del estado anímico del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S., & Ávila, F. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Medigraphic*, 143(2), 143(2), 141-148.
- Altenmuller, E., & Schlaug, G. (2013). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making. *The Acoustical Society of Japan*, 1(34), 5-12.
- Alves, R. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*. Obtenido de <https://www.academica.org/000-054/544.pdf>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), XVI(1), 9-29.
- Aragón, L., & Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México, D.F.: Pax México.
- Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax .
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica. Nueva edición ampliada*. España, España: Grupo Planeta Spain.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos prácticos*. (F. Podestá, Trad.) México, D.F.: Editorial Pax México.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos prácticos*. (F. Podestá, Trad.) México, D.F.: Editorial Pax .
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), XXIX(3), 182-191.

- Camacho, P. (2006). Musicoterapia: culto al cuerpo y la mente. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo, 11*, 155-188.
- Campbell, D. (2006). *El Efecto Mozart*. (A. Brito, Trad.) Barcelona: Ediciones Urano, S.A.
- Cancino, M., Rehbein, L., & Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista médica de Chile, 146*(3), 315-322.
- Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiat.
- Casillas, M., Colorado, A., Molina, A., & Ortega, J. (2014). Las preferencias musicales de los estudiantes de la Universidad Veracruzana. *Sociológica, 29*(81), XXIX(81), 199-225.
- Casini, C. (2006). *El arte de escuchar la música*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Castillo, G., Ostrosky, F., & Nicolini, H. (2011). Alteraciones neurobiológicas, cognitivas y emocionales e índices predictivos de la respuesta al tratamiento farmacológico en el Trastorno Depresivo Mayor. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación, 10*(1), X(1), 155-172.
- Castro, M. (2003). *Música para todos: Una introducción al estudio de la música*. Costa Rica, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Castro-Suarez, S. (2018). Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Rev Neuropsiquiatr, 81*(4), 215-216.
- Cerquera, A., & Quintero, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(45), 173-180.

- Cestaro, D. (2016). Cantodrama: Un instrumento de intervención terapéutica en el abordaje psicodramático bipersonal y grupal. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 24(2), XXIV(2), 38-46.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, XXVIII(2), 79-86.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico* (Novena ed.). México, Mexico: Pearson Educación.
- Cuéllar, M., & Rocha, L. (2011). *Envejecimiento, receptores y epilepsia* (Primera ed.). (L. Gutiérrez, A. Rojas, J. Gutiérrez, D. Ortuño, M. Pallàs, C. Beas, & A. Caminis, Edits.) Guadalajara: Universidad de Guadalajara e Instituto de Geriatria.
- Custodio, N., & Cano, M. (2017). Efectos de la música sobre las funciones. *Revista Neuropsiquiatria*, 80(1), LXXX(1), 62.
- Da Silva, C. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. (G. Moreno, Ed.) Ciudad de México: Manual Moderno.
- Damasio, A. (2011). *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Dev, A., Smitha, K., & Pillai, R. (2015). Music therapy for institutionalised elderly persons with depression. *Open Journal of Psychiatry and Allied Sciences*, 6(1), VI(1), 15-19.
- Díaz, M., Martínez, B., & Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista multidisciplinar de gerontología*, XII(1), 19-25.
- Dueñas, O., & Herrera, M. (2015). *La musicoterapia: Tratamiento alternativo de la depresión en el adulto mayor*. Cuba: eCIMED.
- Federico, G. (2005). *El embarazo musical: Estimulación, comunicación y vínculo prenatal a través de la música* (Tercera ed.). Buenos Aires: Kier.

- Franco, P., & Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación, 10, VI(10)*, 369-383.
- Garcés, M., & Suárez, J. (Enero-Junio de 2014). Neuroplasticidad: aspectos. *CES MEDICINA, 28, XXVIII(1)*, 119-132.
- García, A. (2015). *Enciclopedia Musical*. (E. Taylor, Ed.) EE. UU: Palibrio.
- Gil-Verona, J., Pastor, J., De Paz, F., Barbosa, J., Maniega, A., Álvarez, I., & Ramírez-González, L. (2002). Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. *Revista Española de Neuropsicología, 4(4), IV(4)*, 262-282.
- Gómez, C., & Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica, 10(3), X(3)*, 735-743.
- Grahek, I., Shenhav, A., Musslick, S., Krebs, R., & Koster, E. (2019). Motivation and cognitive control in depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 371-381*.
- Grocke, D., & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Guevara-Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado, XII(1)*, 138-151.
- Guijarro, R. (2012). En busca del concepto musical: tres criterios clave y una cuestión de misterio. *Teorema, 31(3), XXXI(3)*, 237-252.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México, México: Mc Graw Hill.

- Izquierdo, Á. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, XVI(2), 601-619.
- Jauset, J. (2018). *Música y neurociencia: La musicoterapia. Fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas (nueva edición revisada y ampliada)*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jauset, J., & Soria, G. (2018). Neurorehabilitación cognitiva: fundamentos y aplicaciones de la musicoterapia neurológica. *Revista Neurolol*, 67(8), LXVIII(8), 303-310.
- Junqué, C., & Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Jurado, C. (2018). La Musicoterapia Neurológica Como Modelo de Neurorehabilitación. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), XXVII(1), 72-79.
- Koelsch, S. (2009). A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. *The Neurosciences and Music III. Disorders and Plasticity*, 1, 374-384.
- Kunzmann, U., Cathleen, K., & Carsten, W. (2014). Emotional aging: a discrete emotions perspective. *Frontiers in Psychology*, V, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00380>.
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (2007). The Geriatric Depression Scale (GDS). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*(4), 1.
- Lacárcel, J. (1990). *Musicoterapia en educación especial*. España: EDITUM.
- Lago, P., & Gento, S. (2012). *La musicoterapia para el tratamiento educativo de la diversidad*. Madrid, España: Editorial UNED.
- Lane, T., & Munday, C. (2017). Ego Integrity Versus Despair. *Springer International Publishing*, DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_582-1.
- Lara, M. (2011). *Calidad de vida en el envejecimiento normal y patológico* (Primera ed.). Bogotá, Colombia: s/e.
- León, D. (2012). Afectividad y conciencia: la experiencia subjetiva de los valores biológicos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), VII(3), 108-114.

- Leturia, F. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, XXXIV(2), 105-112.
- Levitin, D. (2018). *Tu cerebro y la música*. Barcelona: RBA Libros.
- Luna-Reyes, T., & Vilchez-Hernández, E. (2017). Depresión: Situación actual. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, XVII(2), 78-85.
- Maldonado, J. (2015). *Ah!... La Dichosa Tercera Edad*. Obtenido de https://www.academia.edu/19815208/Ah_La_dichosa_tercera_edad
- Mercadal, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona, España: Monsa-Prayma Ediciones.
- Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.
- Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona, España: Monsa-Prayma Ediciones.
- MIES. (2013). *Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012-2013*. Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012-2013*. Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Centros Gerontológicos Residenciales.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *GUÍAS CLÍNICAS GERONTO-GERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR*. Quito.
- Moltrasio, J., Justel, N., & Rubinstein, W. (2017). Procesamiento musical y modulación de la memoria emocional en demencia tipo Alzheimer. *Anuario de Investigaciones*, 24, XXIV, 267-281.

- Montalvo, J., & Moreira-Vera, D. (2016). El Cerebro y la Música. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 25(1), XXV(1-3), 1-3.
- Montánchez Torres, L., & Peirats Chacón, J. (2012). El musicoterapeuta y sus prácticas metodológicas en la reeducación de la esquizofrenia. *Educatio Siglo XXI*, XXX(2), 317.
- Morgado, I. (2015). El cerebro emocional. En *Neurociencia afectiva*. Barcelona: Editorial UOC.
- Núñez, L. (2010). Ser adulto mayor hoy: nueva vida o muerte social? *eflexión En Ciencias Sociales*, (5)(5), 57-67.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%20se%20muestra%20un,%25%20un%20trastorno%20de%20ansiedad>.
- Ortega, E., Esteban, L., Estévez, A., & Alonso, D. (2009). Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), II(2), 145-168.
- Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013). Neurobiología de las Emociones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, XIII(1), 1-13.
- Padilla, L., Téllez, A., Galarza del Ángel, J., Téllez, H., Garza, M., & Garza, C. (2016). *Diccionario de Neuropsicología* (Primera ed.). México, México: Manual Moderno.
- Palacios, J. (Mayo de 2004). El concepto de musicoterapia a través de la Historia. *Revista Electrónica de LEEME*, 42(13), 19-31.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (Duodécima ed.). (M. Ortiz, & J. Dávila, Trads.) México, D.F.: Mc Graw-Hill.

- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez* (Tercera ed.). México, D.F: Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores S.A de C.V.
- Peña, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. *Psiquiatría universitaria, II*(8), 192-194.
- Pereira, S. (2019). Emociones, intencionalidad y racionalidad práctica un contraste entre las teorías de las emociones de Willam James y Antonio Damasio. *Ideas y Valores, 68, 68*(170), 13-36.
- Pérez, M. (1985). *Diccionario de la música y los músicos* (Vol. I). Madrid: Ediciones AKAL.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica, XXVIII*(2), 89-115.
- Poch, S. (2011). *Compendio de musicoterapia* (Segunda ed., Vol. I). Barcelona, España: Herder.
- Poch, S. (2011). *Compendio de musicoterapia* (Segunda ed., Vol. I). España: Herder.
- Rico, M., Oliva, D., & Vega, G. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 56*(3)(3), 287-294.
- Román, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología, XIV*(1), 27-43.
- Ruvira, J. (2011). Acerca de la improvisación musical. *Synergies Espagne*(4), 155-163.
- Sabbatella, P. (2006). Intervención musical en el alumnado con necesidades educativas especiales: delimitaciones conceptuales desde la pedagogía musical y la musicoterapia. *Universidad de Cádiz.Facultad de Ciencias de la Educación, 123-139*.
- Salazar, M., & Calero, S. (2018). Influencia de la actividad física en la motricidad fina y gruesa del adulto mayor femenino. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 37*(3), XXXVII(3), 1-13.

- Sánchez, I., & Pérez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 24(2), 1-7.
- Sánchez-Navarro, J., & Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *anales de psicología*, XX(2), 223-240 .
- Santos de Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*, 11(11159-174), 1.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (Undécima ed.). México: Pearson Educación.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-Senplades. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. Quito.
- Sedano, M., & Hidalgo, J. (2012). Neurobiología de la memoria y procesos neuroquímicos implicados:. *Apuntes de ciencia y sociedad*, II(2), 267-281.
- Sel, A., & Calvo-Merino, B. (2013). Neuroarquitectura de la emoción musical. *Revista de Neurología*, LVI(5), 289-297.
- Serradas, M. (2006). La música como medio de expresión del niño hospitalizado. *Educere*, 10(32), 1.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 165-173.
- Siegel, S., & Castellan, N. (1995). *Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta* (Cuarta ed.). Madrid, México: Editorial Trillas.
- Stone, L., Segal, D., & Granier, K. (2019). Geriatric Depression Scale. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, DOI: 10.1007/978-3-319-69892-2_736-1.

- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), XXXIII(2), 342-350.
- Vaillancourt, G. (2009). *Música y musicoterapia: Su importancia en el desarrollo infantil*. Madrid, España: Narcea, S.A. De Ediciones Madrid.
- Véliz, M., Riffo, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 48(1), 75-103.
- Wiese, B. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Medical Journal*, 53, LIII(47), 341-347.
- Wigram, T. (2004). *Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*. España, España: AgrupArte Producciones.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, con documento de identidad No certifico que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que la estudiante Janneth Rocío Pilco Pilco, con documento de identidad No. 1724308018 me ha invitado a participar; consiento que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa, con fines de investigación para la tesis de pregrado denominada “Beneficios de la musicoterapia en el adulto mayor con depresión”. Estudio neuropsicológico realizado en cinco adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Quito en el período noviembre-febrero de 2020.

De tal manera, aseguro que he leído la información adjunta, que he podido hacer preguntas y discutir sobre su contenido. Además. comprendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

En caso de existir alguna duda o inconveniente podré comunicarme con la investigadora Janneth Pilco a través del correo jpilco173@puce.edu.ec o al número de teléfono 0987381162.

FIRMA DEL PARTICPANTE: _____

Cc: _____

FECHA: 08 de Noviembre del 2019

INVESTIGADORA: _____

Cc: _____

FECHA: 08 de Noviembre del 2019

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Beneficios de la musicoterapia en el adulto mayor con depresión. Estudio neuropsicológico realizado en cinco adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Quito en el periodo noviembre-febrero de 2020.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Janneth Rocío Pilco Pilco

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar al o a la responsable del proyecto de investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento. Además, se le proporcionará a usted una copia de este formulario.

OBJETIVO DEL PROYECTO: El objetivo del presente estudio consiste en determinar los beneficios de las intervenciones de musicoterapia realizadas por la investigadora en adultos mayores con depresión.

PROCEDIMIENTOS: Los instrumentos a utilizarse son cuantitativos y cualitativos, para lo cual se harán uso de entrevistas, un “Cuestionario de preferencias musicales”, además de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). El instrumento GDS-15 será aplicado al inicio y al finalizar el estudio. Además, las intervenciones de musicoterapia abarcarán 15 sesiones individuales entre 8 a 12 semanas.

Anexo 2. Formato y resultados de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

FORMATO GDS-15

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15)

Nombre:
Edad:

Fecha de aplicación:
Sexo:

		SI	NO
1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	0	1
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	0	1
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	1	0
13.	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	1	0

Puntaje Total: _____

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

Resultados del TEST GDS-15

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15) TEST		S1	S2	S3	S4	S5
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	1	0	0	1	0
2	¿Ha abandonado muchas de sus intereses o actividades?	1	1	1	1	1
3	¿Nota que su vida está vacía?	1	0	0	1	1
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0	1	1	1
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	0	1	1	1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	0	1	0	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	1	1	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	1	0	1	1
9	¿Prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	0	1	1	1	0
10	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	0	0	1	0	0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	1	0	0	0	1
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0	1	1	1
13	¿Se encuentra lleno de energía?	1	0	1	0	0
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0	0	1	1
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	0	1	0	0	1
Total /15:		10	6	8	10	10

Resultados del RETEST GDS-15

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15) RETEST		S1	S2	S3	S4	S5
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	1	0	0	1	0
2	¿Ha abandonado muchas de sus intereses o actividades?	1	0	1	1	0
3	¿Nota que su vida está vacía?	0	0	0	1	1
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	0	0	0	0	0
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	0	1	1	1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	0	0	0	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	0	1	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	1	0	0	1
9	¿Prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	0	0	0	0	0
10	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	0	0	0	0	0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	0	0	0	0	0
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0	1	1	1
13	¿Se encuentra lleno de energía?	1	1	1	0	0
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0	0	0	0
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	0	1	0	0	1
Total /15		7	3	5	6	6

Anexo 3. Cuestionarios de preferencias musicales

Cuestionarios de preferencias musicales

Nombre: S1

Edad: 81 años

Fecha:

27 de Noviembre del 2019

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS MUSICALES

1. ¿Le gusta la música?

Claro, es lo mejor que hay. Sobre todo la preferida de uno.

2. Mencione melodías acorde a determinadas épocas de su vida:

Infancia: La canción del “aventurero”, la ranchera. Porque esa tocaban siempre en las radios. Cuando solo había radios. Otra es “La cinta verde” es una cumbia vallenato.

Adolescencia: Más la música colombiana y la nacional.

Juventud: El rock and roll con Elvis Presley y Ricardito

Madurez o actualidad: Las cumbias.

Sonoridades particulares: De joven podía silbar.

3. ¿Qué tipo de música prefiere escuchar?

- Pop y latín pop
- Rock
- Hip Hop (Rap)
- Baladas
- Cumbia
- Salsa
- Reggaetón
- Bachata
- Merengue
- Boleros : 5 centavitos, Tú eres la culpable de Pedro infante. Bolero Vals, deja que salga la Luna.
- Soul/Funk
- Hard Rock
- Música electrónica
- Nueva Era
- Música folklórica
- Música criolla: Pasillos, Sanjuanitos y valeses muy poco
- Música clásica: Le gusta un poco
- Jazz/Blues
- Otros: Música mexicana

4. ¿Cuáles son sus intérpretes o cantantes favoritos?

Alci Acosta, colombiano que interpreta boleros.

5. Menciones a sus grupos favoritos musicales (dúos, tríos, cuartetos, orquestas, etc.)

Grupo de Don Medardo, El dúo Benítez y Valencia. Gerardo Morán. Banda 24 de Mayo.

6. ¿Cuáles son sus canciones favoritas? Mencione tres ejemplos:

Todo el repertorio del Trío los Panchos

7. ¿Qué canciones le desagradan? ¿Por qué?

La música chichera nacional, de las rocolas antiguas.

8. ¿Anteriormente, ha recibido clases de música o hizo música en el pasado?

Sí, un pariente me enseñó la guitarra y el piano. También cantaba. En el piano tocaba música evangélica mormona a oído para las iglesias. Menciona que “los vales tocaba bien sin maestro”.

9. ¿Hace usted música en la actualidad?

No. La última vez que tocó fue hace seis años atrás.

10. ¿Qué instrumento es de mayor agrado para usted? ¿Si tuviera que escoger para aprender uno cual sería?

Gusta de la guitarra y el piano. Pero prefiere el piano.

11. ¿Gusta del canto?

Antes sí cantaba, “ahora ya no tengo nada de cantante”.

12. ¿Qué sonidos o instrumentos le gustan menos?

Escucha de todo instrumento. No le gusta el ruido.

13. ¿Le gusta el silencio?

Sí

14. ¿A qué momento del día prefiere usted escuchar música?

Por la tarde.

15. ¿Con qué frecuencia escucha música?

A veces, cuando tocan o encienden la radio en la emisora tropical.

16. Por cuales de los siguientes medios opta para escuchar música:

- Radio
- Cassettes
- Discos
- Televisión
- En vivo
- Todas las anteriores

17. ¿Para usted la música podría ser un medio para socializar con otras personas?

¿Por qué?

Claro, uno oyendo música se hace más sociable.

18. Al escuchar música, ésta le aporta para:

- Aliviar las tensiones o reducir el estrés
- Medio de relajación
- Animarse o sentir alegría
- Disminuir aflicciones
- Aliviar un enfado
- Mayor concentración
- Ante la soledad
- Por la música en sí
- Contra el aburrimiento
- Por otro motivo: Me gusta porque saca del alma lo poco que se tiene.

19. ¿Cuál es el sentimiento que usted tiene al escuchar la música de su preferencia?

Se vuelve el alma al cuerpo, me gusta bastante.

20. ¿Gusta del baile?

Claro de joven, mis preferidas eran el rock and roll, el twist, el chachachá, el merengue y la cumbia.

Nombre: S2
Edad: 82 años

Fecha: 27 de Noviembre del 2019

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS MUSICALES

4. ¿Le gusta la música?

Sí, de todo un poco. La música es lo máximo que existe porque sin música no se hace nada.

5. Mencione melodías acorde a determinadas épocas de su vida:

Infancia: Las antiguas, hay pocos recuerdos en ese sentido, para poner un repertorio. Un ejemplo, los Benítez Valencia, Julio Jaramillo, las Hermanitas Mendoza, dejaron recuerdos que son interminables.

Adolescencia: Los Sanjuanés, pasillos, boleros, albazos, eso es lo máximo.

Madurez o actualidad: He escuchado casi toda la vida, he sentido en el fondo del alma, la música antigua nunca se ha de perder.

Sonoridades particulares: Podía silbar.

6. ¿Qué tipo de música prefiere escuchar?

- Pop y latín pop
- Rock (Por ej. rock indie, rock alternativo, rock en español)
- Hip Hop (Rap)
- Baladas
- Cumbia
- Salsa: Es muy brincona
- Reggaetón
- Bachata
- Merengue
- Boleros
- Soul/Funk (Por ej. R'n'B)
- Hard Rock (Por ej. Heavy Metal, Crossover)
- Música electrónica (Por ej. Techno, House)
- Nueva Era (Por ej. música de meditación)
- Música folklórica (Por ej. música andina)
- Música criolla (Por ej. Valses, pasillos, sanjuanitos, etc.)
- Música clásica: Más o menos
- Otros: La música moderna un cero a la izquierda.

4. ¿Cuáles son sus intérpretes o cantantes favoritos?

La mayoría de los antiguos, como Carlota Jaramillo.

5. Mencione a sus grupos favoritos musicales (dúos, tríos, cuartetos, orquestas, etc.)

Yo tenía unos diez años cuando unas mujeres pequeñas comenzaban a cantar música nacional.

6. ¿Cuáles son sus canciones favoritas? Mencione tres ejemplos:

Muchas canciones de las nacionales.

7. ¿Qué canciones le desagradan? ¿Por qué?

La música actual, moderna nunca me agradó. Las músicas saltonas.

8. ¿Anteriormente, ha recibido clases de música o hizo música en el pasado?

Nunca.

9. ¿Hace usted música en la actualidad?

Hace un año, entró a un concurso de coros dentro de la institución. Ganaron el segundo lugar.

10. ¿Qué instrumento es de mayor agrado para usted? ¿Si tuviera que escoger para aprender uno cual sería?

La guitarra y el acordeón.

11. ¿Gusta del canto?

Un poco, no tanto. Escuchar sí cualquier cantidad.

12. ¿Qué sonidos o instrumentos le gustan menos?

El ruido al dormir.

13. ¿Le gusta el silencio?

Es bonito, cuando no hay metidos.

14. ¿A qué momento del día prefiere usted escuchar música?

En la mañana, tarde o noche.

15. ¿Con qué frecuencia escucha música?

Poco o según el estado de como uno se encuentre, a cualquier hora. La música es compañía.

16. Por cuales de los siguientes medios opta para escuchar música:

- Radio
- Cassettes
- Discos
- Televisión
- En vivo
- Todas las anteriores

17. ¿Para usted la música podría ser un medio para socializar con otras personas?

¿Por qué?

Si, a veces cuando se conversa, se dialoga dentro de la música. A ver si comparamos conversamos de la música. Además, porque sencillamente con la música uno se distrae por un tiempo y por la mente vienen muchos recuerdos.

18. Al escuchar música, ésta le aporta para:

- Aliviar las tensiones o reducir el estrés
- Medio de relajación
- Animarse o sentir alegría
- Disminuir aflicciones
- Aliviar un enfado
- Mayor concentración
- Ante la soledad
- Por la música en sí
- Contra el aburrimiento
- Por otro motivo:

19. ¿Cuál es el sentimiento que usted tiene al escuchar la música de su preferencia?

Se traen recuerdos que uno se tienen de lo que ha pasado, o uno va pasando.

20. ¿Gusta del baile?

Me gustaba, de la noche al amanecer no se tiene hora ni día fijo.

Nombre: S3

Edad: 85 años

Fecha:

20 de Noviembre del 2019

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS MUSICALES

7. ¿Le gusta la música?

Claro que sí. Alegra el alma y el corazón. Los tangos, los pasodobles, los boleros, más los cachullapis y rancheras.

8. Mencione melodías acorde a determinadas épocas de su vida:

Infancia: Recuerdo la de “Allá en el rancho grande”, “Cielito lindo”

Adolescencia: Música ecuatoriana, pasillos, albazos. A los quince años, me daban serenitos los chicos con canciones de amores. Y yo era agría.

Juventud: He sido novelera, me gustaban los circos, el patinaje en hielo y conciertos.

Madurez o actualidad: Solía ir a los programas de Santo Domingo, prefería la música ecuatoriana sentimental.

Sonoridades particulares: De pequeña tenía un lindo silbo y cantaba bien. Iba silbando canciones.

9. ¿Qué tipo de música prefiere escuchar?

- Pop y latín pop
- Rock (Por ej. rock indie, rock alternativo, rock en español)
- Hip Hop (Rap)
- Baladas: Como de José José
- Cumbia
- Salsa
- Reggaetón
- Bachata
- Merengue : Un poco sí
- Boleros
- Soul/Funk (Por ej. R'n'B)
- Hard Rock (Por ej. Heavy Metal, Crossover)
- Música electrónica (Por ej. Techno, House)
- Nueva Era (Por ej. música de meditación)
- Música folklórica (Por ej. música andina)
- Música criolla: Tangos, pasodobles
- Música clásica (Por ej. Barroca, Ópera)
- Jazz/Blues
- Otros:

4. ¿Cuáles son sus intérpretes o cantantes favoritos?

Jorge Negrete, es mexicano. Tito Guízar, cantaba “Allá en el rancho grande”, vi la primera película de él. José Luis, Esther Fernández, Carlota Jaramillo, Hermanas Mendoza Suasti.

5. Menciones a sus grupos favoritos musicales (dúos, tríos, cuartetos, orquestas, etc.)

Dúo Mendoza, los hermanos Miño Naranjo, dúo Benítez Valencia. Las orquestas no me gustan mucho.

6. ¿Cuáles son sus canciones favoritas? Mencione tres ejemplos:

Los pasillos: “Sombras”, “Tu y yo”. Son bonitos en cualquier época.

7. ¿Qué canciones le desagradan? ¿Por qué?

A esas no les tomo en cuenta, no le encuentro buena música.

8. ¿Anteriormente, ha recibido clases de música o hizo música en el pasado?

No nunca.

9. ¿Hace usted música en la actualidad?

No.

10. ¿Qué instrumento es de mayor agrado para usted? ¿Si tuviera que escoger para aprender uno cual sería?

La flauta travesa y la guitarra. Preferiría la guitarra.

11. ¿Gusta del canto?

Sí, yo tenía buena voz pero se me ha quitado. Hasta silbaba cantando

12. ¿Qué sonidos o instrumentos le gustan menos?

El arpa

13. ¿Le gusta el silencio?

Sí, de noche y de día.

14. ¿A qué momento del día prefiere usted escuchar música?

Por la tarde, a las 18:00h escucho una hora del programa "Raíces".

15. ¿Con qué frecuencia escucha música?

Una hora diaria de Lunes a Domingo.

16. Por cuales de los siguientes medios opta para escuchar música:

- Radio
- Cassettes
- Discos
- Televisión
- En vivo
- Todas las anteriores

17. ¿Para usted la música podría ser un medio para socializar con otras personas?

¿Por qué?

Cuando hay ocasión de hacerlo, cuando estoy en el patio estoy alentando de ver lo que bailan y cantan.

18. Al escuchar música, ésta le aporta para:

- Aliviar las tensiones o reducir el estrés
- Medio de relajación
- Animarse o sentir alegría
- Disminuir aflicciones
- Aliviar un enfado
- Mayor concentración
- Ante la soledad
- Por la música en sí
- Contra el aburrimiento
- Por otro motivo: Alegra el corazón

19. ¿Cuál es el sentimiento que usted tiene al escuchar la música de su preferencia?

Me alegro.

20. ¿Gusta del baile?

Sí, pero no se puede.

Nombre: S4

Edad: 86 años

Fecha: 20 de Noviembre del 2019

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS MUSICALES

10. ¿Le gusta la música?

Sí. Me gustaba mucho más cuando era joven, daba la vida, hasta en las rocolas.

11. Mencione melodías acorde a determinadas épocas de su vida:

Infancia: Cuando estaba en segundo grado salió el “Chullita Quiteño” de Alfredo Carpío. En la escuela cantábamos porque estaba de moda, yo tenía nueve años.

Adolescencia: A los catorce años empecé con las rocolas a escuchar música y tomar un vaso de cerveza en la cantina me decían “tomará escondido”.

Juventud: Prefería los sanjuanitos, pasacalles, me encantaba “Soy del Carchi”.

Madurez o actualidad:

Sonoridades particulares: Podía silbar.

12. ¿Qué tipo de música prefiere escuchar?

- Pop y latín pop
- Rock and roll: Elvis P. Michael Jackson
- Hip Hop (Rap)
- Baladas
- Cumbia
- Salsa
- Reggaetón
- Bachata
- Merengue
- Boleros : José José, Sandro, Sahiro
- Soul/Funk (Por ej. R’n’B)
- Hard Rock(Por ej. Heavy Metal, Crossover)
- Música electrónica (Por ej. Techno, House)
- Nueva Era (Por ej. música de meditación)
- Música folklórica (Por ej. música andina)
- Música criolla (Por ej. Valses, pasillos, sanjuanitos, bombas, etc.)
- Música clásica
- Jazz/Blues: Talvez
- Otros:

4. ¿Cuáles son sus intérpretes o cantantes favoritos?

Hermanos Miño Naranjo, Dúo Benítez Valencia, Carmencita Lara.

5. Menciones a sus grupos favoritos musicales (dúos, tríos, cuartetos, orquestas, etc.)

Orquestas, en la avenida 24 de Mayo se daban serenos con los guitarristas.

6. ¿Cuáles son sus canciones favoritas? Mencione tres ejemplos:

“Chullita quiteño”, San juanes, pasillos, pasacalles, dúos de mujeres. Dos almas, solo ese bolero era mi vida.

7. ¿Qué canciones le desagradan? ¿Por qué?

No le agradan mucho los boleros, solo le gustaba cuando estaba de enamorado.

8. ¿Anteriormente, ha recibido clases de música o hizo música en el pasado?

No, solo escuchaba en las rockolas.

9. ¿Hace usted música en la actualidad?

Hace un tiempo participó cantando en el grupo de la institución.

10. ¿Qué instrumento es de mayor agrado para usted? ¿Si tuviera que escoger para aprender uno cual sería?

Le gusta la guitarra, el saxofón, el rondador, la armónica. Si escogiera fuera la guitarra.

11. ¿Gusta del canto?

Canta solito, con las palabras que sabe.

12. ¿Qué sonidos o instrumentos le gustan menos?

El trombón. De sonidos no le agrada el ruido, los rayos.

13. ¿Le gusta el silencio?

Bastante.

14. ¿A qué momento del día prefiere usted escuchar música?

En la noche de 18:00 a 20:00h.

15. ¿Con qué frecuencia escucha música?

A veces, al menos una hora máximo.

16. Por cuales de los siguientes medios opta para escuchar música:

- Radio
- Cassettes
- Discos
- Televisión
- En vivo
- Todas las anteriores

17. ¿Para usted la música podría ser un medio para socializar con otras personas? ¿Por qué?

Prefiere escuchar solo, hasta canta. Si puede ser un medio de socializar, cuando viene su hija suele poner música.

18. Al escuchar música, ésta le aporta para:

- Aliviar las tensiones o reducir el estrés
- Medio de relajación
- Animarse o sentir alegría
- Disminuir aflicciones
- Aliviar un enfado
- Mayor concentración
- Ante la soledad
- Por la música en sí
- Contra el aburrimiento
- Por otro motivo: Pongo pasillos y quisiera llorar de lo que no tengo con quien hablar.

19. ¿Cuál es el sentimiento que usted tiene al escuchar la música de su preferencia?
Alegría y al mismo tiempo tristeza. Me pongo a llorar, soy muy sensible.

20. ¿Gusta del baile?

Sí, cuando hay oportunidad en el hogar. Recuerda el guarache, como estar en un cabaret y el mambo.

Nombre: S5

Edad: 88 años

Fecha: 20 de Noviembre del 2019

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS MUSICALES

1. ¿Le gusta la música?

Sí, la música del tiempo de uno porque la música moderna es para la juventud. La música y leer es el único entretenimiento, no existen amigos, todos son apartados.

2. Mencione melodías acorde a determinadas épocas de su vida:

Infancia: De muy pequeño era paje de un oficial de la policía, pasaba por las tiendas cantinas y escuchaba los vales. Por ejemplo los de Carlota Jaramillo.

Adolescencia: Los pasillos de Carlota Jaramillo eran bonitos. Los boleros.

Juventud: Me salí del cuartel. Entonces aprendió la zapatería.

Madurez o actualidad: A la edad de cuarenta años era muy pasionista con la música sentimental como a los pasillos. Conocí amistades y amigas, por lo que me dediqué a la copa. Quería silenciarme.

Sonoridades particulares: Silbar

3. ¿Qué tipo de música prefiere escuchar?

- Pop y latín pop
- Rock: Rock and roll de Elvis, era mundial
- Hip Hop (Rap)
- Baladas
- Cumbia
- Salsa
- Reggaetón
- Bachata
- Merengue
- Boleros: Como los Panchos
- Soul/Funk (Por ej. R'n'B)
- Hard Rock (Por ej. Heavy Metal, Crossover)
- Música electrónica (Por ej. Techno, House)
- Nueva Era (Por ej. música de meditación)
- Música folklórica (Por ej. música andina)
- Música criolla:
- Música clásica: Poco
- Jazz/Blues
- Otros:

4. ¿Cuáles son sus intérpretes o cantantes favoritos?

Daniel Santos que interpreta boleros del recuerdo.

5. Menciones a sus grupos favoritos musicales (dúos, tríos, cuartetos, orquestas, etc.)

Las orquestas antiguas, como la Sonora Matancera.

Me gustan los mariachis.

6. ¿Cuáles son sus canciones favoritas? Mencione tres ejemplos:

Los títulos no recuerdo pero decía así: El frío de la noche castiga mi alma y pierdo la fe, amor de la noche. De los Panchos. Otro bolero que dice amor con amor yo pago, desdén con desdén yo vuelvo. Reír como tú reías, llorar tu amarga pena. Como tú reías, Víctor Ayala.

7. ¿Qué canciones le desagradan? ¿Por qué?

A veces hay que oír por ley.

8. ¿Anteriormente, ha recibido clases de música o hizo música en el pasado?

No, me ha gustado reír o ver no más.

9. ¿Hace usted música en la actualidad?

No

10. ¿Qué instrumento es de mayor agrado para usted? ¿Si tuviera que escoger para aprender uno cual sería?

La guitarra, porque tiene un sonido agradable. El arpa también me gusta, se necesita mucha habilidad.

11. ¿Gusta del canto?

Claro, cantar boleros o pasillos son viejos recuerdos.

12. ¿Qué sonidos o instrumentos le gustan menos?

En un conjunto todo se aprecia. El ruido entorpece.

13. ¿Le gusta el silencio?

A veces.

14. ¿A qué momento del día prefiere usted escuchar música?

Por la tarde, al medio día.

15. ¿Con qué frecuencia escucha música?

De repente, unos diez minutos máximos.

16. Por cuales de los siguientes medios opta para escuchar música:

- Radio
- Cassettes
- Discos
- Televisión
- En vivo
- Todas las anteriores

17. ¿Para usted la música podría ser un medio para socializar con otras personas? ¿Por qué?

Afuera y antes sí. Aquí, a quién?

18. Al escuchar música, ésta le aporta para:

- Aliviar las tensiones o reducir el estrés
- Medio de relajación
- Animarse o sentir alegría
- Disminuir aflicciones
- Aliviar un enfado
- Mayor concentración
- Ante la soledad
- Por la música en sí

•Contra el aburrimiento

- Por otro motivo: Los recuerdos alivian y también le ponen triste. Recordar es volver a vivir y morir.

19. ¿Cuál es el sentimiento que usted tiene al escuchar la música de su preferencia?

Uno se recuerda, a veces le da tristeza o uno se sorprende con la alegría.

20. ¿Gusta del baile?

Me gustaba, ahora ya no puedo, a veces una piccita.

Anexo 4. Hojas de observación de respuestas

Registro de observación de respuestas

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°1 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Registro de imitación rítmica y percepción auditiva.	
Paciente: S1 JV	Fecha: 04/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Tranquilo. Expresa que gusta de las cumbias y música nacional. Habla de Venezuela y recuerda una canción llamada "Brillo Caracas" Menciona que las claves también se denominan "guanchacos".	

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N° 2 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad de socialización, a través de la relajación y audición musical.	
Paciente: S1	Fecha: 11/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Se observa paciente, tranquilo durante toda la actividad. No expresa opiniones espontáneas.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°3 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Identificación de instrumentos/sonidos	
Paciente: S1	Fecha: 18/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Reconoce la mayoría de instrumentos. Hace asociaciones con canciones tradicionales, aduce que las canciones antiguas le gustan, pero más le gusta el estilo rock. Expresa interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°4 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical	
Paciente: S1	Fecha: 26/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Muy receptivo. Expresa que la música clásica es más suave, menos rítmica. “Queda mejor para después de la merienda”. Dice que ciertas canciones le provocan una especie de nostalgia, de amor.” Música especial”	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°5 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)		
Actividad: Acompañamiento musical y música en vivo.		
Paciente: S1	Fecha: 08/01/2020	
Objetivos: Área cognitiva		
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí	Con dificultad
	No	
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí	No
Lenguaje -Denominación:	Sí	Con dificultad
	No	
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí	Con dificultad
	No	
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras, manipulación del instrumento	Sí	Con dificultad
	No	
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí	No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí	Con dificultad
	No	
Objetivos: Área socioemocional		
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe	Sí	No
-Muestra expresión facial/corporal distendida	Sí	No
-Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí	No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de...	Sí	No
-Interactúa a nivel verbal con el terapeuta	Sí	No
-Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical)	Sí	No
-Expresa sentimientos.....	Sí	No
-Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí	No
Observaciones/comentarios: Expresa interés en la actividad. Utiliza las claves como percusión, manipula la guitarra y hace imitación del piano. Dice que prefiere escuchar las canciones. Recuerda que de joven solía tocar el piano y violín y que por su condición actual no lo hace más.		

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°6 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Composición personal de una obra de contenido lírico	
Paciente: S1	Fecha: 15 y 22 /01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y verbalización:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Denomina a la canción “Te amaré en silencio”. Extrae la letra de su vida pasada, tiene un tinte de romance y melancolía. Menciona: “amar es querer, es soportar, tramitar el amor solamente a una persona”. Gran capacidad de verbalización.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°7 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal.	
Paciente: S1	Fecha: 29/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Quiere que la obra tenga una temática melancólica, sugiere estilo bolero, vals o pasillo. Elige Vals, se utilizaron acordes menores. Expresa interés en la construcción melódica de la canción.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°8 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Combinación de elementos y finalización de canción personal.	
Paciente: S1	Fecha: 05/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras y manipulación instrumental	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona: “He estado inspirado”. Asegura que el estilo de vals quedó “muy bonito”. Sigue el ritmo de la canción e intenta acompañarlo con el canto. Verbaliza expresiones sobre el amor, afecto. Está contento con el producto.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°9 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad espontánea propuesta por el paciente. Improvisación musical.	
Paciente: S1	Fecha: 12/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Disfruta de las canciones boleros, destaca el cantante “Ricarditto”, trae a colación fragmentos de su vida en donde solía escuchar dichas canciones. Acompaña un ligero movimiento con el pie. Expresa gran interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°10 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Finalización y cierre del proceso	
Paciente: S1	Fecha: 19/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que siempre le ha gusta la música, desde niño hasta joven. Siente nostalgia de tener contacto cercano con la música porque son “actividades diferentes”. Expresa sentirse contento por el proceso.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°1 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Registro de imitación rítmica y percepción auditiva	
Paciente: S2 CR	Fecha: 04/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que los ritmos son “acompañamientos”. Expresa que uno va recordando las cosas que se han pasado con el tiempo va olvidando. Escuchar para volver a recordar. Se muestra con buen humor durante toda la sesión.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°2 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad de socialización, a través de la relajación y audición musical.	
Paciente: S2	Fecha: 11/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación, expresión verbal:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Participa, expresa comentarios sobre la actividad. Se ríe y e invita a los demás a tomar un lugar. Aplaude.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°3 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Identificación de instrumentos/sonidos	
Paciente: S2	Fecha: 18/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras, manipulación de objetos:	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Asocia el instrumento piano con la canción “Taita Salasaca”, canta un fragmento de la letra. Expresa que con la música nacional siente “alegría, tristeza, aflicción al corazón”. Dice es “un poco triste y alegre de lo que va recordando”. Hace imitaciones del instrumento con sus manos. Expresa interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°4 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical.	
Paciente: S2	Fecha: 26/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y verbalización:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que no gusta de la música clásica y prefiere la nacional. No pertenecen a su repertorio, “no sirven para recordar” Expresa: “La música nacional lleva alegría y sentimiento, hace que las personas sientan lo que han pasado”.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°5 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Acompañamiento musical y música en vivo.	
Paciente: S2	Fecha: 08/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y verbalización:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras y manipulación instrumental	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Lleva los ritmos con las maracas. Al utilizar el rondador expresa “con mi rondador me he de consolar”. Menciona que el rondador compagina con el acordeón. Menciona que prefiere tocar un instrumento que cantar, por un defecto en la garganta. Recomienda títulos de canciones. Expresa interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°6 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Composición personal de una obra de contenido lírico	
Paciente: S2	Fecha: 15 y 22 /01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
<p>Observaciones/comentarios: Tiene malestar físico. Menciona que siente dolor físico y por ende desánimo, “duele todo el cuerpo”. Expresa: “He escuchado mucha música en tiempos pasados”. “Para crear uno tendría que pensar muchas cosas”. Aduce que le gusta la música, porque es alegría, recordatorio y tristeza. Recuerda los antiguos dispositivos como los cassetes o vitrolas.</p>	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°7 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal.	
Paciente: S2	Fecha: 29/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y verbalización:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento ritmico.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que “las composiciones llevan historias”. Trae a la sesión una canción de estilo nacional. Hace un relato con comentarios personales sobre dicha canción “Bandido”. Aduce, que le recuerda a su juventud, las guitarras, los bares. Se ríe constantemente. Manifiesta interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°8 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Combinación de elementos y finalización de la canción personal.	
Paciente: S2	Fecha: 05/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación, expresión verbal:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que la obra personal, necesita de más interacción musical, de ir buscando hasta formar la canción según las vivencias y sentimientos. La canción se queda de forma parcial. Expresa que la última semana ha sentido dolor del cuerpo, malestar físico, derivado de las diálisis.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°9 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad espontánea propuesta por el paciente. Improvisación musical.	
Paciente: S2	Fecha: 12/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Expresa: “me resulta agradable, uno va recordando mucho de lo que pasado porque la mente está dormida”. Gran receptividad musical. Apertura a un espacio de expresión verbal, surge la temática de amores y culpas. Expresa que le gustaría dos horas la próxima sesión. Manifiesta interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°10 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Finalización y cierre del proceso	
Paciente: S2	Fecha: 19/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Expresa que las actividades musicales le provocan alegría. Le hacen recordar su juventud. Recomienda escuchar canciones de estilo nacional. Gran expresión verbal.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°1 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)		
Actividad: Registro de imitación rítmica y percepción auditiva		
Paciente: S3 EG	Fecha: 02/12/2019	
Objetivos: Área cognitiva		
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí No	Con dificultad
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No	No
Lenguaje -Denominación:	Sí No	Con dificultad
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí No	Con dificultad
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras, imitar ritmos -Sostener adecuadamente el instrumento percusión	Sí No	Con dificultad
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No	No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí No	Con dificultad
Objetivos: Área socioemocional		
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí Sí Sí	No No No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No
Observaciones/comentarios: Añade que “no le gusta el sonido de las claves”. Recuerda los vales de su época. Hay verbalización de recuerdos propios. Hay más dificultad en la imitación rítmica.		

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°2 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad audición musical. Análisis de las preferencias musicales.	
Paciente: S3	Fecha: 11/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación, apoya con la letra:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento de canciones mexicanas	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: “Encantada de que tenga las canciones que me gustan” Recuerda su juventud y cómo solía ir a conciertos. Canta fragmentos de la canción: “Amor con amor se paga”. No asiste a la sesión grupal, menciona que no puede salir de su habitación. Manifiesta interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°3 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Identificación de instrumentos/sonidos	
Paciente: S3	Fecha: 20/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento instrumental	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: “Qué alhaja” expresa comentarios positivos. Dice que le gusta mucho canción “Taita Salasaca”. Recuerda parte de la letra de canciones instrumentales como “Tuna Quiteña” y canta letra. Manifiesta interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°4 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical	
Paciente: S3	Fecha: 27/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación, expresión verbal:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento auditivo:	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Asocia emociones, ejemplo “Moonlight Sonata” dice que es “triste” Agrega que prefiere la música nacional. Recuerda melodía: “Flor de azala” de los Panchos. Canta una parte de un bolero y un albazo “Si tú me olvidas” Me dice: “usted también cante”. Manifiesta gran interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°5 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Acompañamiento musical y música en vivo.	
Paciente: S3	Fecha: 10/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento musical	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras y manipulación instrumental:	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona situaciones de su juventud en la cual asistía a conciertos. Espontáneamente coge una maraca musical y acompaña la canción y se ríe. Acompaña con partes cantando. Dice que recuerda una película “Algo flota sobre el agua”. Gran expresión verbal e interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°6 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Composición personal de una obra de contenido lírico	
Paciente: S3	Fecha: 17 y 24 /01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación, desarrollo ideas:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Centra la temática en aspectos de su vida, juventud, romance. Describe una particular situación romántica de su adolescencia. Gran expresión verbal. Titula a la canción “Amor prohibido”, expresa nostalgia.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°7 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal.	
Paciente: S3	Fecha: 31/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento instrumental.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que prefiere que la canción sea en versión pasillo o bolero. Agrega que su canción debe expresar “alegría y tristeza”. Se incluye guitarra de apoyo y acompañamiento. Prefiere tonalidades menores. Expresa interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°8 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Combinación de elementos y finalización de la pieza musical	
Paciente: S3	Fecha: 07/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Gran expresión verbal. Menciona que en su juventud gustaba de canto. Dice que su estrofa debe llevar la frase “El amor le hace feliz a uno, sentirse recompensada, suerte de un amor correspondido”. Manifiesta interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°9 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad propuesta por el paciente. Música nacional instrumental.	
Paciente: S3	Fecha: 14/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Sigue las canciones con el movimiento de sus pies. Recuerda que las canciones nacionales sonaban en su juventud. Canta parte de la letra de canciones como “Beta Huagra”. “Bonita Guambrita”. Expresa: “esta es música indígena, qué alhaja”. Menciona que se siente agradecida por poder escuchar estas canciones. Expresa gran interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°10 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Finalización y cierre del proceso.	
Paciente: S3	Fecha: 21/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona: “el arte de cantar y bailar nace en la persona” Expresa que ese día no ha podido dormir bien. No obstante, manifiesta que ha sentido gusto por el proceso.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°1 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Registro de imitación rítmica y percepción auditiva.	
Paciente: S4 AF	Fecha: 02/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y articulación palabras:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras..... -Sigue ritmo	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Expresa: “lindo sonido”, “no tengo amistades en este lugar”. Recuerda el rimo de vals. Habla de una memoria “Coliseo Julio Cesar Hidalgo en la Marin” “Alfredo Carpio era mi profesor”. Relata recuerdos de su juventud. Propone canción: “Ambato tierra de flores”. Expresa agrado e interés por la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°2 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad de socialización, a través de la relajación y audición musical.	
Paciente: S4	Fecha: 11/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Es cauteloso al ocupar el lugar en la sala. Expresa opiniones dentro del grupo. Tranquilo durante toda la sesión.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°3 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Identificación de instrumentos/sonidos	
Paciente: S4	Fecha: 20/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Recuerda que en su niñez su profesor le enseñó piano. Asocia los instrumentos con la canción “Taita Salasaca” y canta un fragmento de la letra. Hace un intento en cantar otra canción. Más dificultad en recordar nombres de los instrumentos, evocación. Manifiesta preferencias musicales.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°4 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical.	
Paciente: S4	Fecha: 27/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Hace asociación con el instrumento piano “yo tocaba eso cuando era guambra”. La música clásica le recuerda la juventud, dice que es “música hermosa”., dice que eso se escucha cuando está cansado. Comenta anécdotas dela juventud como las rocolas. Expresa: “me siento otro hombre en las sesiones porque me acuerdo de cosas de la juventud”. Manifiesta interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°5 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Acompañamiento musical y música en vivo.	
Paciente: S4	Fecha: 10/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras con el instrumento	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Se anima a cantar y coge la maraca y acompaña el ritmo musical. Toca la guitarra en un intento de seguir con la canción. Propone la canción: "Por andar bebiendo", evoca un verso de la canción. Expresa alegría y gran interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°6 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Composición personal de una obra de contenido lírico	
Paciente: S4	Fecha: 17 y 24 /01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación y expresión verbal:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Denomina a su canción: “Qué linda es mi chica”. Utiliza una temática relacionándola con una novia de su pasado. En la letra describe las características de la chica, ejemplo: “La belleza de tus ojos gatos me recuerdan para toda mi vida, para siempre”. Expresa sentirse nostálgico al recordarla. Atención a la tarea e interés.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°7 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal.	
Paciente: S4	Fecha: 31/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Escoge tonalidades menores para la obra. Agrega que quiere que su pieza musical tenga un tinte de Sanjuanito. Expresa: “siempre me han gustado los Sanjuanitos, me acuerdo de mi juventud y niñez”. Está interesado en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°8 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Combinación de elementos y finalización de la pieza musical.	
Paciente: S4	Fecha: 07/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Siente que la canción es de su agrado. Menciona “en el ritmo que me ha gustado siempre, bonito está”. Lo acompaña con las claves como acompañamiento. La canción queda terminada. Se refleja nostálgico.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°9 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad espontánea, propone tocar la canción “Chullita Quiteño”	
Paciente: S4	Fecha: 14/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Destaca que el autor del “Chulla Quiteño” fue su profesor en la infancia. Canta la mayor parte de la letra. Se emociona al escuchar varias versiones de la canción. Participa activamente, demuestra interés en la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°10 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Finalización y cierre del proceso	
Paciente: S4	Fecha: 21/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona que le gustan las actividades musicales, se ha sentido cómodo durante las intervenciones. Agrega que quiere escuchar nuevamente su canción “Qué linda es mi chica”.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°1 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Registro de imitación rítmica y percepción auditiva.	
Paciente: S5 JA	Fecha: 02/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada y los patrones rítmicos	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento sonidos.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad propuesta -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Dice que se siente triste porque es el día de su cumpleaños: “no me llevo con nadie”. Expresa que se siente triste. Posteriormente propone canciones del autor Daniel Santos, “Dos gardenias” y canta la letra. Al final de la sesión, está de mejor humor.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°2 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad de socialización, a través de la relajación y audición musical.	
Paciente: S5	Fecha: 11/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Se le observa callado, paciente y tranquilo durante la sesión. Expresa que la sesión le pareció interesante.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°3 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)		
Actividad: Identificación de instrumentos/sonidos		
Paciente: S5	Fecha: 20/12/2019	
Objetivos: Área cognitiva		
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí No	Con dificultad
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No	No
Lenguaje -Denominación:	Sí No	Con dificultad
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento instrumental	Sí No	Con dificultad
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras y manipulación instrumental	Sí No	Con dificultad
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No	No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí No	Con dificultad
Objetivos: Área socioemocional		
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí Sí Sí	No No No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí Sí Sí Sí Sí	No No No No No
Observaciones/comentarios: Reconoce instrumentos. Imita los instrumentos con sus manos. Asocia canciones con los instrumentos escuchados. Menciona a la canción “Avecilla”, y cuenta un recuerdo de su niñez relacionado con el arpa. Pide una canción de Julio Jaramillo “Ojos que matan”. Expresa gran interés en la actividad. Gran expresión verbal.		

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°4 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Reconocimiento melódico y música clásica a través de la audición musical.	
Paciente: S5	Fecha: 27/12/2019
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Asocia la música clásica con las presentaciones de ballet y orquestas clásicas en el Teatro Sucre. Expresa que el violín ofrece melodías para atender, le da a uno curiosidad. Menciona que le dicen música de clase. Expresa que uno de sus cantantes favoritos es Lucho Barros. Participa activamente en la sesión y demuestra interés.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°5 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Acompañamiento musical y música en vivo	
Paciente: S5	Fecha: 10/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Le parecen atractivos los instrumentos de percusión. Está contento. Se anima para tocar la guitarra. Manifiesta canciones a su gusto y que no ha escuchado en años. Recomienda el bolero “Bienvenido Granda”. Le llama la atención la guitarra y la percusión. Manifiesta gran interés en la tarea.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°6 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Composición personal de una obra de contenido lírico	
Paciente: S5	Fecha: 17 y 24 /01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: “Cuando los recuerdos son buenos, se pone alegre” Denomina la canción: “Recordar es vivir”. Menciona que “cuando uno recuerda, le contagia de alegría y tristeza”. La temática gira en torno a sucesos de su pasado, añade anécdotas de su juventud. Expresa situaciones vividas de tristeza, desprecio, dolor. Expresa: “Por lo menos me atiende el pasado”. Le interesa la actividad.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°7 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Desarrollo de una estructura melódica de la canción personal	
Paciente: S5	Fecha: 31/01/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantiene focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Expresa que su canción tendrá estilo Bolero, con influencia de la música nacional, como "Carlota Jaramillo". Gusta de las tonalidades menores. Recomienda unos boleros y pasillos para inspiración. Participa activamente en la tarea, refleja mucho interés en la creación de su obra.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°8 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Combinación de elementos y finalización de la pieza musical.	
Paciente: S5	Fecha: 07/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras e instrumental	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Expresa sentirse feliz, está contento por los resultados. Se sorprende que la letra pertenezca a él, al igual que su aporta en la música. Acompaña con las claves. Se le ve animado e interesado en la actividad. Gran expresión verbal.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°9 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Actividad espontánea propuesta por el paciente. Improvisación musical.	
Paciente: S5	Fecha: 14/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad de... -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical) -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Propone escuchar canciones nuevas para el terapeuta. Sugiere canciones y se retoman canciones de su ficha músico terapéutica. Verbaliza en gran cantidad y acompaña las melodías con sus gestos. Le parecen de su agrado. Recuerda fragmentos de canciones. Participa activamente y demuestra interés.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE RESPUESTAS N°10 (Mercadal-Brotons & Martí, 2008)	
Actividad: Finalización y cierre del proceso	
Paciente: S5	Fecha: 21/02/2020
Objetivos: Área cognitiva	
Memoria Remota: -Recuerda la actividad anterior	Sí Con dificultad No
Memoria Reciente y evocación inmediata -Recuerda la consigna dada:	Sí No
Lenguaje -Denominación:	Sí Con dificultad No
Gnosias auditivas -Discriminación y reconocimiento.....	Sí Con dificultad No
Praxias ideomotoras: -Ejecución de acciones motoras.....	Sí Con dificultad No
Atención: -Focaliza la atención en la tarea musical.....	Sí No
Concentración: -Mantienen focalización en la tarea...	Sí Con dificultad No
Objetivos: Área socioemocional	
Estado de ánimo y autoestima -Sonríe/Ríe -Muestra expresión facial/corporal distendida -Hace comentarios positivos sobre la actividad	Sí No Sí No Sí No
Participación, interacción social y comunicación: -Participa en la actividad -Interactúa a nivel verbal con el terapeuta -Interactúa a nivel no verbal (contacto físico/musical/ -Expresa sentimientos..... -Expresa opiniones/preferencias musicales	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No
Observaciones/comentarios: Menciona sentirse contento, reconoce que las actividades en las sesiones de musicoterapia son de su agrado. Hay gran expresión verbal.	

Bibliografía

Mercadal-Brotons, M., & Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geratría y demencias*. España: Monsa-Prayma Ediciones.

Anexo 5. Fotografías

