



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Estudio sobre la eficacia de la intervención con
Musicoterapia sobre personas con patología
depresiva en una residencia de Ancianos

Autor/es

Gherzon Vidalón Díaz

Director/es

Carmen Muro Baquero

Facultad de Ciencias de la Salud
2014/2015

INDICE:

Introducción	3
Objetivos	7
Hipótesis	7
Métodos	7
Resultados	10
Discusión	17
Bibliografía	18
Anexos	20

1. Introducción:

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso esta determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida (1).

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (2).

Envejecimiento saludable es un nuevo concepto, resultado de la interacción multidimensional entre salud física, salud mental, independencia en la vida diaria, integración social, soporte familiar e independencia económica (3). Pero sentirse útil a la sociedad y como parte activa de la comunidad, ocupar su tiempo de ocio en actividades placenteras, mantener buenas relaciones familiares o sentir la necesidad de autoexpresión y de satisfacción espiritual son condiciones que no siempre satisfacen a la familia ni a la sociedad. A veces, la reducción del sistema relacional y social es tal que se puede hablar de una muerte social que precede en varios años a la muerte biológica: ante esta situación, el anciano se vuelve frágil y cae en una crisis permanente (4).

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50% de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10% de esta población (5). La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Es pues una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuro-psicológicas permanezcan indemnes (6). Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo simular una demencia (7).

Pero dentro de esta característica de pérdida de la memoria y las funciones intelectuales suele acompañar, en algunos casos, procesos patológicos mentales degenerativos, que interfieren en la desarrollo de la vida del anciano y con ello en las funciones vitales del mismo.

La depresión es el problema psiquiátrico más común en el anciano. Su presentación es muchas veces atípica, por lo que se considera un reto ante el que se enfrenta todo médico que atiende a un paciente mayor. El exceso de la incapacidad y mortalidad a los que se asocia precisan profundizar en su conocimiento (8).

Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de depresión en el mayor?

Depresión en el Anciano:

La depresión se caracteriza por inhibición psicomotriz, ambivalencia afectiva, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza y, en un grado más avanzado, sensación de vacío interno, de fin del mundo, profunda pena y dolor anímico (9).

Existen distintos factores (biológicos, físicos, psicológicos y sociales) relacionados con el envejecimiento que predisponen a la depresión. Con el avance de la edad, la actividad metabólica del cerebro disminuye, lo que induce a una disminución de la síntesis y metabolismo de neurotransmisores, como serotonina, dopamina y noradrenalina (10).

La depresión en el mayor podría provocar enfermedades físicas, pero también en los pacientes con enfermedades graves se puede desarrollar síntomas depresivos (11). Los principales predictores de depresión en ancianos físicamente enfermos son una historia psiquiátrica positiva, y la gravedad de la enfermedad médica (12).

Es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión. Los pacientes con demencia que cursan con síntomas depresivos presentan más trastornos de conducta y mayor incapacidad funcional (13). Por otro lado, en el curso de la depresión pueden manifestarse trastornos cognitivos, aunque menos de un 10% de los ancianos deprimidos tienen un deterioro cognitivo que pueda ser confundido con una demencia, cuadro que se conoce como Seudo-demencia Depresiva (14).

Hoy en día nadie discute la necesidad de tratar la depresión mayor en el anciano. Los objetivos de este tratamiento son: aliviar los síntomas depresivos, disminuir el riesgo de

recaída y recurrencia, mejorar el estado de salud y reducir los costes sanitarios y mortalidad (15).

Entre las modalidades de tratamiento destacan el farmacológico y la psicoterapia. En contraste con estos tipos, surgen de forma novedosa nuevas técnicas que tratan de reemplazar o colaborar con el tratamiento farmacológico y psicoterapia.

Dentro de este tipo de nuevas técnicas se destaca la musicoterapia como tratamiento de la depresión en personas mayores, pero ¿Qué es la musicoterapia?

Terapia Musical o Musicoterapia:

La Musicoterapia consiste en el uso de la música y/o de sus elementos musicales, en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización, y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambio y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas (16).

Con respecto al ritmo, dentro de la biología se encuentran muchos ejemplos de acciones rítmicas perfectamente sincronizadas entre sí organizadas de una forma musical tan estructurada y coherente como la que corresponde a una sinfonía. La frecuencia cardiaca, la respiratoria, el ritmo cerebral, el movimiento, todos ellos son acciones rítmicas. De hecho, cuando alguna de estas acciones no presenta un ritmo regular o adecuado, se habla de arritmias, de respiración dificultosa, etc. (17).

Desde el nacimiento, la música marca la vida de las personas; los bebés duermen mejor al oír el arrullo tranquilizador de su madre y los niños se mueven, saltan y bailan cuando escuchan canciones rítmicas. Desde ese momento en mayor o menor medida, la música continúa presente, ejerciendo una influencia considerable sobre el cuerpo y la mente como han demostrado estudios y experimentos recientes (18).

La música está relacionada con todas las ocupaciones de la mente y ejerce un poderoso influjo en el terreno intelectual, estimulando la memoria, la atención, la reflexión, etc. Además, ofrece experiencias emocionales y sociales, favoreciendo la integración y la maduración social (19).

Con los beneficios de esta nueva terapia, los profesionales de la salud llevan la intervención hacia el ámbito geriátrico con el fin de apalilar los problemas más resaltantes de este grupo de usuarios.

Musicoterapia en el Anciano:

La Musicoterapia es un método, eficaz y bien aceptado, para trabajar funciones intelectuales superiores, como la memoria. Por ejemplo, para tratar el Alzheimer, ya que, la música al tener un poder evocador, les ayuda a recordar el pasado, muchas veces anclado a canciones e imágenes. Si tenemos conocimiento de la historia musical y rítmica del paciente, esta técnica es el ancla que permite vincular al paciente con su historia vital; es decir, confeccionar y estructurar los diferentes momentos de su vida, para así ayudarle a recordar. Dado que el sonido musical activa sensaciones específicas, se han obtenido resultados positivos sobre todo en la rehabilitación de ciertas facultades intelectuales. La posibilidad de asociar a la música, sobre todo al ritmo, con algunos movimientos corporales o expresión corporal, ha llevado a utilizar el sonido como instrumento para la rehabilitación de deficiencias motoras de distinto tipo y origen; por consiguiente, es posible establecer 'como un buen instrumento la terapia musical (20).

El supuesto mecanismo de acción de la musicoterapia recae en que diferentes tipos de estímulos musicales inducen directamente cambios físicos y emocionales. El musicoterapeuta utiliza técnicas clínicas de improvisación para estimular, guiar o responder al paciente que puede utilizar su voz o el instrumento musical que prefiera dentro de su capacidad (21).

La música favorece el cambio de estados de ánimo en el anciano deprimido, tanto de forma individual como grupal. A través de las actividades grupales de musicoterapia se crea ambiente favorable para la expresión de sentimientos y emociones, se refuerzan las relaciones interpersonales, nacen nuevos amigos, surgen nuevas motivaciones y metas y se adquieren nuevas habilidades. Las sesiones de musicoterapia han sido el espacio para la elaboración de duelo y para la expresión de sentimientos reprimidos, y en ellas se fortalece la autoestima y los ancianos se sienten queridos y protegidos entre sí y por los terapeutas. Por consiguiente, las actividades implicadas favorecen la solución de problemas y la toma de decisiones (22).

2. Objetivos:

General:

- Demostrar que la musicoterapia es un método eficaz para el tratamiento de la depresión en el anciano.

3. Hipótesis:

Las personas mayores deprimidas mejoran su estado de ánimo con una intervención de musicoterapia.

4. Métodos:

En este estudio cuasi-experimental participa la población mayor de 65 años de una residencia cuya característica principal es la de padecer una patología mental depresiva, y que cumplen el siguiente criterio de inclusión: estado de ánimo medido por el Test de Yesavage, voluntad a participar en el estudio, consentimiento informado.

Se seleccionaron a 7 usuarios de la residencia Santa Teresa de Caritas por una selección simple no aleatoria de la base de datos de usuarios que padecían de un estado depresivo moderado. Dentro del criterio de exclusión se incluyen a las personas con estado depresivo grave y con conducta de tendencia suicida o agresiva, así como también un avanzado deterioro cognitivo. Dentro de estos criterios se tienen en cuenta las personas con dificultades en el habla y dificultades en la audición.

Los usuarios fueron citados por el Terapeuta Ocupacional para la realización presencial de los cuestionarios correspondientes con el fin de valorar el estado de ánimo y nivel cognitivo. En esta entrevista los usuarios fueron informados del proceso, dieron su consentimiento para el estudio y se les fueron administrados los test del MEC para determinar el nivel cognitivo y de la escala de Yesavage para medir el estado de ánimo. El tiempo asignado para cada usuario fue de 30 minutos. Las instrucciones son sencillas y no se precisa de ninguna adaptación.

El cuestionario de Yesavage mide el estado depresivo basado en un listado de 15 preguntas. Consta de respuestas correctas de las cuales son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12,13 y 15, y son negativas en los ítems 1, 5, 7, 11, y 14. Cada respuesta errónea puntuá 1. Los puntos de corte son:

- 0-5: Normal.
- 6-10: Depresión moderada.
- >10: Depresión severa.

En la hoja de recogida de datos, además de la puntuación en el test, se recogieron el sexo, la edad, la presencia de deterioro cognitivo y la administración de fármacos que el usuario toma para la depresión.

Todos los usuarios fueron informados de los objetivos y la metodología del estudio, aceptaron voluntariamente y dieron su consentimiento informado.

Antes de iniciar este tratamiento se ha tenido en cuenta las variables que puedan condicionar el estudio:

- Variable dependiente: estado de ánimo medido por la escala de depresión.
- Variables independientes: nivel de estudios, edad, sexo, acontecimientos vitales estresantes, tratamiento farmacológico (ver si hay cambios en el tratamiento), conflictividad en la residencia, conflicto durante el desarrollo de la intervención de musicoterapia.

Para la realización de la intervención de la Terapia Musical, se realizó previamente un cuestionario a los usuarios seleccionados sobre los gustos musicales individuales mediante el test de Musicoterapia de Sofía Poch.

Técnicas:

La intervención se realizó de forma grupal para de esta forma fomentar la relación social como lo informan algunos estudios (22) (23) llegando a ser beneficioso para el transcurso de la sesión. Las sesiones se desarrollan alrededor de dos horas a la semana

dividida en dos días. La sesión de terapia musical dura cincuenta minutos y va acompañada de 10 minutos de ronda de saludo inicial y final.

La dinámica de estas sesiones se basa en juegos o actividades musicales que potencian las capacidades de los usuarios y favorecen positivamente al ánimo de los individuos. A continuación se describen las técnicas que se llevan a cabo en las sesiones:

- Audición Musical: al usuario se le pone una melodía conocida o no, y se le pide que exprese e interactúe con esa melodía con gestos, mímicas, cantando o bailando.
- Incorporación musical: a cada usuario se le pedirá que utilice algún objeto como instrumento e interactúe en las canciones tocando. Dentro de las posibilidades se aceptan cualquier instrumento que haga ruido desde las palmas hasta una hoja de papel.
- Juegos musicales: a través de la música, los usuarios tendrán que acompañar con las palmas, dando golpes en el suelo y cantando canciones de juego. También se podrá pedir a los usuarios que propongan canciones lo que fomentará la interacción grupal de cada sesión terapéutica.

Durante la realización de las sesiones, cabe destacar que siempre se inició con una ronda de saludos previos a los juegos en la cual cada uno de los integrantes del grupo dice su nombre y entre todos recordamos los juegos de días anteriores para de esta forma trabajar también la memoria. Del mismo modo antes de finalizar las sesiones también se hizo una ronda de despedida donde cada usuario comentó las sensaciones vividas en esa sesión, siempre dirigida y guiada por el profesional, tras ello se despide la sesión hasta la próxima sesión.

Tras las semanas de intervención y antes de finalizar, se procedió a realizar una evaluación final dirigida a conocer el ánimo de los usuarios que han sido intervenidos y de esta forma poder establecer si se ha producido algún cambio con respecto al inicio de

la intervención. Para esto se valora el estado de ánimo con los mismos cuestionarios que se pasaron previamente a la instauración del tratamiento.

5. Resultados:

Al finalizar la intervención se observa según (tabla 1) que no hubo abandono de ninguna de las 7 participantes obteniendo unos resultados favorables al finalizar en comparación con los obtenidos al iniciar la intervención. Como se muestra en la tabla al iniciar el tratamiento tras la valoración del nivel de estado de ánimo con el test de Yesavage se obtuvo una media de 7,14, siendo la puntuación más alta con lo cual mayor depresión de 10 y la puntuación más baja implicando menor nivel depresivo de 5.

Yesavage Inicial	Edad	Yesavage
		Final
5	75	1
5	77	1
5	90	2
6	66	2
9	82	7
10	74	5
10	84	4

Tabla 1. Resultado Test de Yesavage al iniciar y finalizar la intervención

Estadísticos

	v3	v5	v8
N Válidos	7	7	7
Perdidos	0	0	0
Media	7,14	78,29	3,14
Desv. típ.	2,410	7,804	2,268
Mínimo	5	66	1
Máximo	10	90	7

Tabla. Análisis descriptivo de las variaciones en las puntuaciones obtenidas en el test de Yesavage al comienzo y final de la intervención.

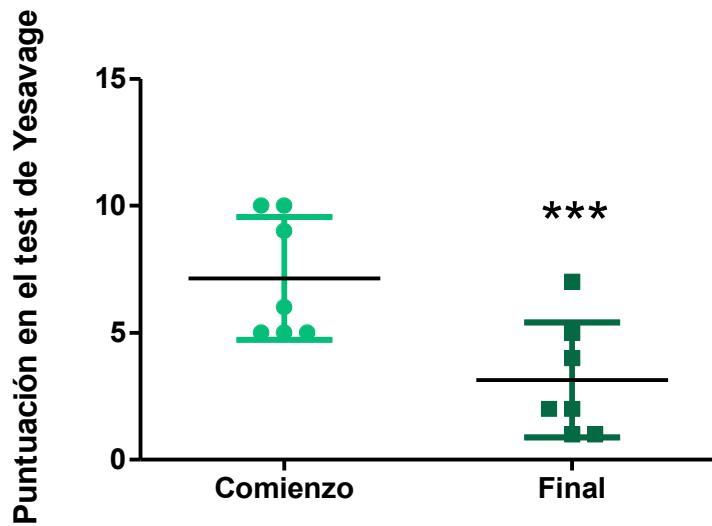


Fig1. Puntuaciones en el test e Yesavage. Analizado con la test t de student. ***p<0.001

Al final del tratamiento se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 1, representado en cada caso por el número de pacientes. En este caso se puede apreciar que el estado de ánimo en general mejora destacando que en la puntuación del Test de Yesavage la media es de un 3,14 siendo la puntuación más alta un 7 y la más baja un 1.

Atendiendo a esto podemos destacar (tabla 2) el contraste entre la valoración inicial y la final en cuanto al nivel de depresión de cada una de las usuarias en función a lo obtenido en el Test de Yesavage. Se observa que al iniciar la intervención había un mayor porcentaje de usuarias con depresión moderada que con depresión leve, pero que tras la intervención el porcentaje con depresión leve aumenta considerablemente en comparación con las usuarias con depresión moderada.

En cuanto a la puntuación del Test de Yesavage, al inicio del estudio de las 7 participantes, 4 tenían una puntuación de entre 6-10 puntos lo que refleja como depresión moderada y 3 usuarias tenían una puntuación de entre 0-5 puntos lo que refleja como depresión ligera o normal. Tras la realización de las terapias la puntuación del Test modificó. De las 7 usuarias, solo 1 usuaria conservaba una puntuación de entre 6-10 puntos, y 6 usuarias tuvieron una puntuación de entre 0-5 puntos (tabla 2).

Tipos de depresión	Comienzo	Final
Leve	42,85% (3)	85,71% (6)
Moderado	57,14% (4)	14,28% (1)

Tabla 2. Porcentajes del tipo de depresión antes y después de la intervención

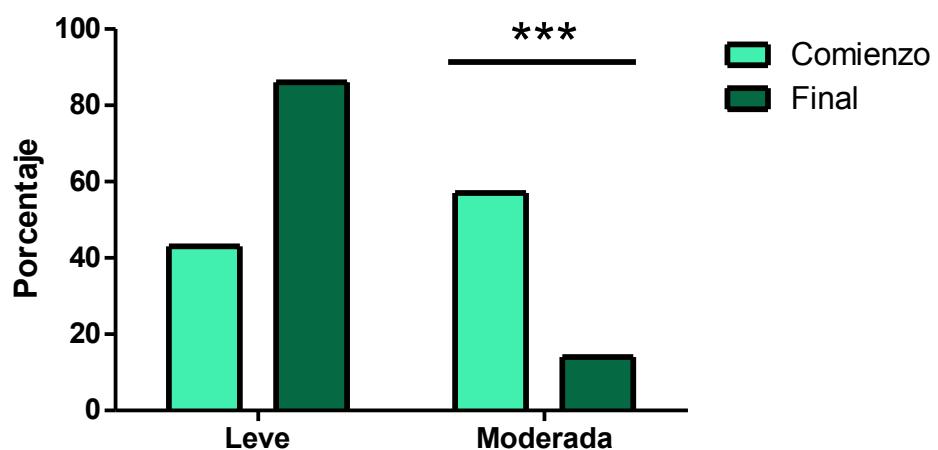


Fig2. Porcentaje de distribución del tipo de depresión. Análisis de Chi cuadrado y test de Fisher. ***p<0.001.

Pero también se observó que las 3 usuarias de depresión ligera y la de depresión moderada que conservaban este tipo de patología al finalizar el estudio, tuvieron una puntuación menor a la que se registraron al inicio de la intervención. En la tabla 3 se muestra la mejora tras la intervención en intervalos numéricos en base a la puntuación inicial y final del Test de Yesavage. En general tras la intervención existe una mejora global, representada en una media de 4 puntos en total con una variación mínima de 2 puntos y máxima de 6 puntos obtenida con la comparación de la puntuación inicial y final del Test.

Estadísticos		
mejora		
N	Válidos	7
	Perdidos	0
Media		4,0000
Desv. típ.		1,29099
Mínimo		2,00
Máximo		6,00

Tabla 3. Análisis descriptivo de la mejora en base a las puntuaciones obtenidas en el test de Yesavage al comienzo y final de la intervención.

Teniendo en cuenta otra variable podemos destacar que en función a comparar usuarias que durante el transcurso de la intervención recibían visitas de familiares o amigos y aquellas que no la recibieron, la mejora de la patología depresiva es más puntuada en aquellas que no recibían ningún estímulo social externo a la residencia.

Otra variable destacable durante la intervención es el deterioro cognitivo ya que su curso puede influir y condicionar los resultados. Durante las sesiones la participación no se ve influenciada por la variable ya que todas participan pero los resultados nos demuestran que las usuarias con deterioro cognitivo instaurado mejoraron menos que aquellas que no la padecían. (Fig3).

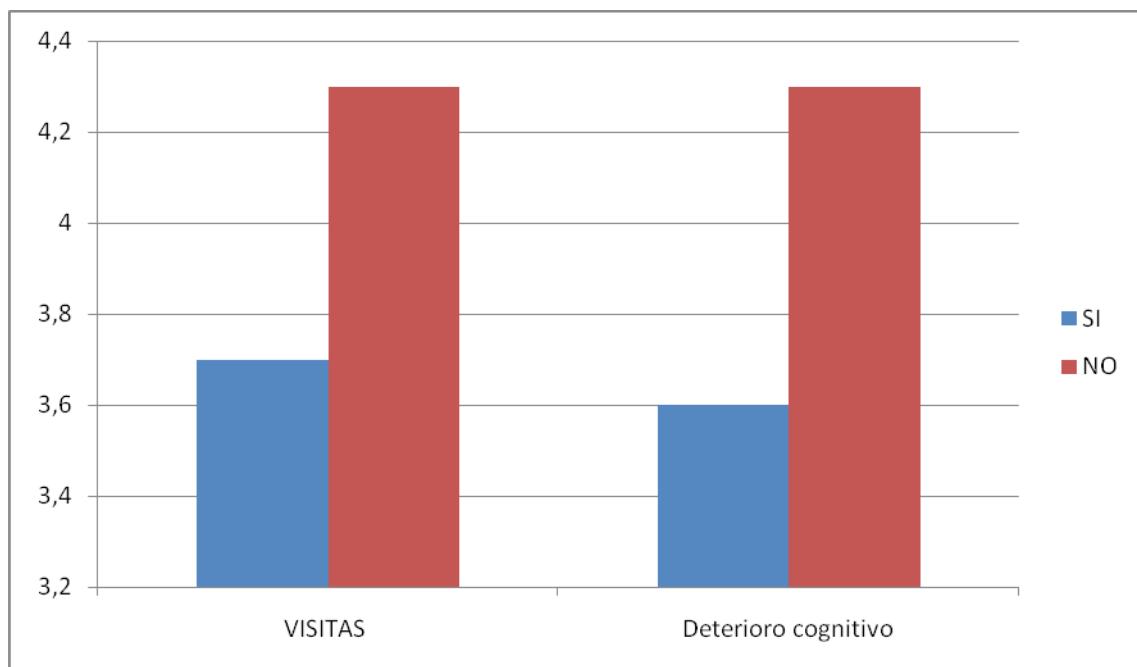


Fig.3 Media de mejora en usuarias con/sin deterioro cognitivo y que si/no recibían visitas

Análisis estadístico:

Los resultados de los experimentos se expresaron como la media \pm desviación estándar (DE). La comparación entre los resultados de las múltiples condiciones fue realizada mediante el test Anova de una vía, seguido de un post-test de Bonferroni con un intervalo de confianza del 95%. También se utilizó el test del Chi cuadrado para la comparación de porcentajes. Todo el análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS.

Procedimientos terapéuticos:

La técnica de audición musical fue la más utilizada en sus modalidades de expresión oral cantando las canciones, siendo que así las usuarias canalizaron sentimientos y emociones al revivir momentos agradables.

Cabe subrayar que dos piezas musicales en especial fomentaron el recuerdo y emociones positivas sobre las usuarias, observándose una reacción rítmica y espontaneidad de la expresión verbal. Este efecto se produce con sintonías musicales como “María Cristina me quiere gobernar” o “María Isabel” las cuales llenaron cada sesión de historias, recuerdos y experiencias que cada usuaria rememoraba fluidamente.

La experiencia de la realización del estudio ha demostrado que, en el caso de los pacientes deprimidos, el tipo de técnicas músico-terapéuticas utilizadas debe corresponder al estado del paciente; así el uso de la musicoterapia activa en las primeras sesiones resultó positivo, ya que se hizo necesario por parte del terapeuta adecuarse al tiempo psicológico de los pacientes.

La terapia musical pasiva como la audición musical permite a su vez que los pacientes logren aclimatarse poco a poco al nuevo grupo, tengan confianza en el nuevo tratamiento y se expresen en el decurso del tiempo.

Experiencias Individuales:

Usuaria ART llega a las sesiones de terapia musical por imposición del terapeuta ocupacional y se caracteriza por tener un estado de depresión, irritabilidad e insatisfacción. Durante el transcurso de la sesión suele interrumpirla afirmando que ella no sabe nada de música y siempre le costaba reaccionar ante las dinámicas musicales y en algunas ocasiones era reacia a seguir las actividades. Más adelante suele interactuar de forma pasiva y responde al estímulo del terapeuta pero no tiene iniciativa propia. Suele destacar su respuesta durante la realización de la actividad de cantar canciones conocidas y con ayuda de un cancionero, siguiendo la letra y acompañando el ritmo.

Usuaria BLC, llega a las sesiones de terapia musical por recomendación de la trabajadora social. En las primeras sesiones muestra gran dificultad a la hora de reconocer algunas canciones, se le observa despistada y con poca atención.

Tras algunas sesiones su implicación es mayor con una gran atención a cada pieza musical e incluso su interacción con cada una de las melodías es muy positiva llegando a un día ponerse a bailar con una canción que le gustó por el ritmo de la misma, como ella mencionó.

Usuaria EBJ padece de un estado anímico depresivo estacionario. Al iniciar las sesiones mostraba muy poco interés y era muy poco reactiva a las dinámicas. Tras la realización de la segunda sesión de terapia comenta que le ha gustado mucho. Para sesiones posteriores se verán respuestas positivas en actividades como bingo musical o el cancionero donde participa activamente.

Usuaria MGA llega a las sesiones de terapia musical de forma voluntaria y afirma que no sabe mucho de música pero que no le importaría participar. Se observa en las primeras sesiones un poco de timidez y su participación se va incrementando con el transcurso de las sesiones. Suele sonreír y participa activamente en sesiones posteriores afirmando que disfruta de las actividades soliendo cantar las canciones que se van escuchando.

Usuaria MLB llega a las sesiones de terapia musical de forma voluntaria y con muchas ganas de participar e interactuar con la música. Desde las primeras sesiones muestra gran interés por las actividades aunque muchas veces suele bloquearse, pero por lo general sonríe y disfruta de cada una de las dinámicas que se desarrollan en la intervención.

Usuaria NPCacude a las sesiones por disposición de la trabajadora social. En la primera sesión no se encuentra de buen estado de ánimo y se le aprecia un poco apagada y a la segunda sesión no acude. En la tercera sesión se engancha a las actividades y empieza a participar destacando su gran interacción con la canción de “María Isabel”. Al finalizar las sesiones declara que le han gustado mucho las actividades y que le gustaría participar en más actividades similares.

Usuaria PSG llega a las sesiones de terapia musical de forma voluntaria. Muestra gran interés en participar desde el principio y afirma que le gustan todas las actividades que estén relacionadas con la música. Al finalizar cada sesión expresa su alegría y las emociones encontradas tras la realización de las actividades.

6. Discusión:

Al concluir este estudio se pudo constatar que la intervención con una terapia musical representa una importante alternativa terapéutica a favor de la salud mental y social de los ancianos con patología depresiva. Las usuarias que fueron beneficiadas con el tratamiento, dieron su aceptación y se manifestaron de forma positiva a este nuevo tipo de intervención. Durante este tiempo se observó una mejoría sustancial en el estado de ánimo, autoestima y desempeño social lo que contribuyó al aumento de su calidad de vida.

Si bien esta fue una experiencia piloto, susceptible de perfeccionamiento a través del tiempo, resulta evidente que la música posee propiedades terapéuticas que alivian los síntomas depresivos, por lo que se recomienda su aplicación adecuada y dosificada.

En comparación con otros estudios como el de Olivo R. y Fernández T. se pudo constatar que la musicoterapia constituyó una importante alternativa terapéutica a favor de la salud mental de los ancianos deprimidos (9).

Otro estudio donde se realizó un análisis descriptivo demostró una tendencia a la mejoría de las puntuaciones de los pacientes con musicoterapia administrada por el terapeuta. Se utilizaron tres escalas para medir los síntomas de depresión, el Inventario de depresión de Beck, la Escala de Yesavage y la Escala de Hamilton. En todas las escalas tras el tratamiento las puntuaciones inferiores indicaron niveles inferiores de depresión (24).

Por último en otro artículo de Erkkilä J. Punkanen M. entre otros, los participantes que recibieron musicoterapia además de la atención estándar mostraron una mejoría que aquellos que recibieron solo la atención estándar en los síntomas de depresión, síntomas de ansiedad y funcionamiento general a los 3 meses de seguimiento. Esto muestra que la musicoterapia combinada con la atención estándar es efectiva para la depresión entre las personas mayores de edad (25).

7. Bibliografía:

- (1) Treves TA. Epidemiology of Alzheimer Disease Psychiatric Clinics of North America (EEUU). 1991; 14(2):251-5
- (2) Pérez V. El Deterioro Cognitivo: Una Mirada Previsora. Rev Cub Med Gen Integr (Cuba). 2005; 21(1) : 8-16
- (3) De Moura, S. Musicoterapia na Tercera Idade. Memorias de Musicoterapia en Tercera Idade: um Templo de Qualidade. Programa de Gerontología y Geriatría (Brasil). 2005.
- (4) Prieto, O. Vega, E. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
- (5) First MB. Frances A. Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
- (6) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Demencias. Barcelona: Casanova; 1999.
- (7) Ser T del, Peña J. Evaluación neuro-psicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R.Prous; 1994.
- (8) Herrera J. La Depresión en el Anciano. Rev Aten Primaria (Esp.). 2000; 25(5): 15-24
- (9) Oliva R. Fernández T. Salud Mental y Envejecimiento: Una Experiencia Comunitaria de Musicoterapia Con Ancianos Deprimidos. Rev Iberoamericana Psicología y Salud (Cuba). 2006; 16(1): 93-101
- (10) Alexopoulos G. Young R. Meyers B. Late-onset depression. Psychiatr Clin North Am (EEUU). 1988; 11: 101-115.

- (11) Finch E. Ramsay R. Katona C. Depression and physical illness in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 1992; 8: 275-287.
- (12) Rapp S. Davis K. Geriatric depression: physicians' knowledge, perceptions, and medical admissions. *Gerontologist.* 1989; 29: 252-257.
- (13) Katona C. Tratando la depresión en el anciano. Feighner J, Boyer W, editores. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. 2^a ed: Chichester: Wiley & Sons, 1996.
- (14) Blazer D. Depression in the elderly. *Hosp Pract.* 1994; 18: 37-44.
- (15) Consensus Panel on Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 268: 1018-1024.
- (16) FAQ Music Therapy. EEUU: World Federation of Music Therapy; 2008-2012. URL disponible en: <http://www.musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>
- (17) Betés M. Aznar E. Barcellos L. Benenzon R. Blasco F. Calvo J. et al. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2000.
- (18) Schawarz A. Schweppe R. Cúrate con la música. Principios y aplicaciones de la musicoterapia. 1^a ed. Barcelona: Robin Book; 2002.
- (19) Serna Baño M. Rehabilitación logopédica en el retraso mental con ayuda de la música. Roger de Llúria. Barcelona: Ediciones Lebón; 1997.
- (20) Bruscia K. Definiendo Musicoterapia. Ed. Maru; 1997.
- (21) Torres E. Musicoterapia y Tercera Edad. *Música, Artes y Proceso.* 1996; (5): 21-36.
- (22) Gómez-Romero M, et al. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. *Rev. Neurología (Esp.).* 2014; 11(1) 5-15

- (23) Maratos A. Mike J. Procter S. Procter Crawford. Music Therapy for Depression: It Seems to Work, but How? *BJPsych* (Gran Bretaña). 2011; 199: 92-93
- (24) Maratos A. Gold C. Wang X. Crawford M. Musicoterapia para la depresión. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008; (2): 60-75
- (25) Erkkilä J. Punkanen M. Fachner J. Musicoterapia Individual para la Depresión; *Ensayo Aleatorio Controlado*. *BJPsych* (Gran Bretaña). 2011: 15-24

8. Anexo:

ANEXO 1

TEST DE YESAVAGE

- | | |
|---|-------|
| 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SÍ NO |
| 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? | SÍ NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | SÍ NO |
| 4- ¿Se siente a menudo aburrido? | SÍ NO |
| 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? | SÍ NO |

6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ NO
8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ NO
9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ NO
10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ NO
11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ NO
12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ NO
13- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ NO
14- ¿Se siente lleno de energía?	SÍ NO
15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ NO

La población diana a la que está dirigida es la gente mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12,13 y 15, y las negativas en los ítems 1, 5, 7, 11, y 14. Cada respuesta errónea puntuá 1. Los puntos de corte son:

- 0-5: Normal.
- 6-10: Depresión moderada.
- >10: Depresión severa.

ANEXO 2



MASTER DE GERONTOLOGÍA SOCIAL

TEST DE MUSICOTERAPIA

Nombre y apellido: edad:

Sexo: **ficha confeccionada por:**

1. País de origen:
 2. Región de origen:
 3. Preferencias y particularidades musical:
 4. Vivencias sonoras durante el embarazo:
 5. Vivencias sonoras de pequeño o niño:
 6. Movimientos corporales:
 7. Reacciones del paciente a los sonidos y a los ruidos:

8. Sonidos durante la noche y sonidos corporales.
9. Historia musical propiamente dicha del hogar, educación musical de los padres y del paciente.
10. Los primeros contactos con un instrumento o que instrumento más gusta:
11. Estado actual del problema sonoro- musical.
12. Rechazos musicales, sonoros y de ruidos.
13. Rechazos de instrumentos.

ANEXO 3

SESIONES DE MUSICOTERAPIA

Semana del 11 al 15 de mayo:

Horas/Días	Martes 12	Jueves 14
12:00- 12:30	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del taller, dando la bienvenida a los participantes. Explicación del taller en general. - Ronda de bienvenida, donde se realizará un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. - Juego inicial: movilizaciones con la música. Realización de movimientos corporales con música lenta y relajante. Objetivo: preparar al cuerpo para la sesión y desperezarlo. - Juego introductorio: simulación de instrumentos. Cada uno de los participantes dirá que instrumento le gustaría ser y simulará el sonido. El resto apoyará y acompañará. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizará un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. - Juego inicial: Se propone un juego de realizar ruidos. A cada uno de los participantes se les presentará una batería de instrumentos y se les pide que elijan uno. Cada uno tendrá que realizar algún ruido cuando le toque su turno y luego todos a la vez harán sonar los instrumentos.
12:30- 13:00	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Reconocimiento de canciones. Se pondrán parte de canciones de distintos cantautores, y luego se les ordenará que adivinen el nombre y si es posible la canción. También se irán cortando los versos de las canciones y se les pedirá que las completen. El grupo apoyará y ayudará al participante. - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Se propone una audición de cuatro géneros (zarzuela, música infantil, boleros, y bandas sonoras de películas del oeste). Los usuarios tratarán de identificar el género musical. Se ofrecerán pistas en función de la dificultad que se observe. - Juego final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final.

Semana del 18 al 22 de mayo:

Horas/Días	Martes 19	Jueves 21
12:00-12:30	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. Se recopilara lo trabajado en la sesión anterior. - Juego inicial: reminiscencia con canciones infantiles. Cada uno de los participantes deberá adivinar la canción y cantarla posteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. Se recopilara el trabajo en la sesión anterior. - Juego inicial: se colocaran instrumentos en imágenes y cada uno de los participantes deberán asociarlo al ruido que suene.
12:30-13:00	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Canciones con nombre de mujer. Se plantea al grupo buscar canciones con nombre de mujer. Primero se les pide que recuerden canciones con nombre de mujer. Luego se ponen canciones que incluyan nombre de mujer y tendrán que adivinar de que nombre se trata. - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Canciones con nombre de ciudad o país. Primero se les pide que recuerden canciones con nombre de ciudades o países. Luego se ponen canciones que incluyan nombre de lugares y tendrán que adivinar de que zona se trata. - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final.

Semana del 25 al 29 de mayo:

Horas/Días	Martes 26	Jueves 28
12:00-12:30	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. - Juego inicial: Reconocimiento auditivo. Se preparan unos cuantos instrumentos y no se esconden a la vista de los usuarios. Tras ello se les pedirá que estén muy atentos al sonido de cada instrumento para que así lo adivinen. Objetivo: Discriminación acústica y memoria musical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. - Juego inicial: Ritmo con palmas. Consiste en seguir al unísono y con palmadas el ritmo marcado en una partitura. Cuando se de la señal convenida entre todos, empieza el palmeo.
12:30-13:00	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Bingo musical. El formato de la actividad es similar al del conocido juego del bingo. Se reparten los cartones del bingo y tras escuchar la canción se pide que marquen sobre el cartón el nombre de la canción. - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Termina la canción. Con la ayuda de la guitarra se irán cantando diversas canciones conocidas y a cada participante se le dirá que la complete. Si falla podría intentarlo con otra canción y en caso aún no se adivine, se pasa a otro compañero para que lo ayude.. - Juego final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final.

Semana del 1 al 5 de junio:

Horas/Días	Martes 2	Jueves 4
12:00-12:30	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. Se recopilara lo trabajado en la sesión anterior. - Juego inicial: Las prendas. Cada usuario dará una prenda. Éstas se guardarán todas juntas en una caja o bolso. Se irán sacando cada una de las prendas y la dueña de dicha prenda realizará una prenda musical 	<ul style="list-style-type: none"> - Ronda de bienvenida, donde se realizara un saludo inicial y presentación de cada uno de los participantes. Se recopilara el trabajo en la sesión anterior. - Juego inicial: Completar la frase. Se les facilita una tarjeta con una frase incompleta de una canción. Se pone la audición, a continuación, en grupo, tratarán de completar la frase.
12:30-13:00	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Música del mundo. Se propone la audición y se intenta identificar la procedencia y/o el estilo musical. Una vez identificado se realizarán comentarios sobre el lugar. - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juego principal: Con la ayuda de la guitarra se irán cantando diversas canciones conocidas y a cada participante se le dirá que la cante. Si falla podría intentarlo con otra canción y en caso aún no se adivine, se pasa a otro compañero para que lo ayude. Al final todos cantarán juntos - Juego Final: Ronda de despedida. Canción de relajación o de despedida. Saludo final.

ANEXO 4: Tabla de Variables

PACIENTE	PUNTUACION INICIAL	GRADO DE DEPRESIÓN	EDAD	VISITAS	MEDICACIÓN	DETERIORO COGNITIVO
MUJER 1	9	Depresión Moderada	82	1	1	1
MUJER 2	5	Depresión Ligera	75	0	1	1
MUJER 3	10	Depresión Moderada	74	0	1	1
MUJER 4	5	Depresión Ligera	90	1	1	0
MUJER 5	6	Depresión Moderada	66	0	1	0
MUJER 6	10	Depresión Moderada	84	1	1	0
MUJER 7	5	Depresión Ligera	77	1	1	0