

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



**“EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN EL NIVEL DE
DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA
– HUNTER. AREQUIPA, 2019”.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Linares Barreda, Alejandra

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesora:

Dra. Núñez Chávez, Josefina Sonia

Arequipa – Perú

2020

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Mgter. Shirley Delgado Velarde
Miembros del Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen del Borrador de Tesis titulado
"EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN EL NIVEL DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA - HUNTER. AREQUIPA,
2019"

AUTORA: Alejandra Linares Barreda

FECHA : 02 de Diciembre del 2019

Reunido los miembros del Jurado Dictaminador luego de haber revisado el Borrador de Tesis presentado por la interesada y habiendo levantado las observaciones indicadas por el Jurado, la presente investigación cuenta con el **DICTAMEN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la etapa de sustentación.

Salvo mejor parecer.

Atentamente.



Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta

Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Secretaria

Mgter. Shirley Delgado Velarde
Vocal

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

INFORME DE ASESORIA

A : DRA. JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

DE: DRA. JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DOCENTE ASESORA

ASUNTO: Informe de Asesoría del proyecto de tesis titulado EFICACIA EN UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LA SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR, PUESTO DE SALUD DE CHILPINILLA- HUNTER-AREQUIPA 2019; elaborado por las Srtas. Bachilleres:

HUANCCO LA TORRE, XIMENA MAURA
LINARES BARREDA, ALEJANDRA

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

FECHA: Arequipa, 19 de setiembre del 2019.

Tengo a bien informar lo siguiente:

1. En el mes de junio se inicia la asesoría del proyecto antes mencionando, donde de acuerdo a la lectura de su contenido fue conveniente cambiar el título a **EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN EL NIVEL DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA, HUNTER. AREQUIPA, 2019.**
2. A partir del cual, de acuerdo a variables, se va reformulando y organizando los contenidos de los instrumentos, los que fueron validados por las investigadoras a través de una prueba piloto para ejecutar el trabajo.
3. La etapa de ejecución se realizó durante el mes de junio y julio, aplicando el consentimiento informado a la población objetivo, aplicación del formulario de preguntas y cédula de entrevista como guía de observación antes y después de la aplicación del programa de musicoterapia.
4. Posteriormente se realiza el vaciamiento de datos para su análisis e interpretación, se van construyendo las tablas, gráficos, dialogando sobre los resultados obtenidos. Utilizando dentro de la metodología el chi cuadrado para la interpretación de resultados según objetivos e hipótesis.
5. Se van corrigiendo interpretaciones, deducciones.
6. En el mes de setiembre se revisan las conclusiones, recomendaciones, resumen y en general todo el contenido, para su presentación e informe final y seguir trámite correspondiente. Quedando el proyecto listo para su revisión del jurado dictaminador.

APRECIACION PERSONAL

Las señoritas demostraron interés, responsabilidad en todo momento, asumiendo su rol investigador.

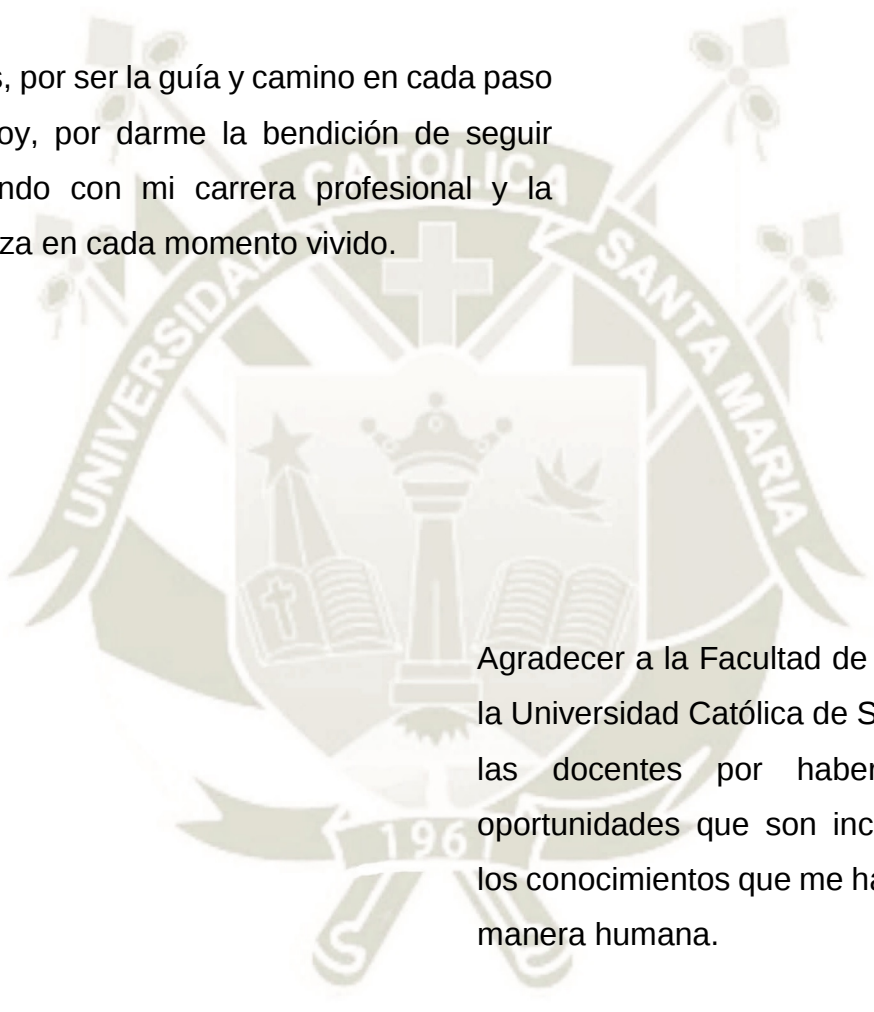
Es cuanto se tiene que informar salvo error u omisión.

Atentamente,


DRA. JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
ASESORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser la guía y camino en cada paso que doy, por darme la bendición de seguir ayudando con mi carrera profesional y la fortaleza en cada momento vivido.



Agradecer a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María y a las docentes por haberme brindado oportunidades que son incomparables, y los conocimientos que me han otorgado de manera humana.

DEDICATORIA

A mis padres, por el apoyo incondicional y porque siempre creyeron en mí, por ser el ejemplo de superación, honestidad, rectitud y trabajo, por compartir mis alegrías y triunfos, porque me motivaron constantemente para alcanzar mis metas, por enseñarme que hay recompensa al esfuerzo y la constancia. A mi hermana Hilda y a toda mi familia, por el apoyo brindado en el día a día durante estos cinco años, por su confianza y motivación constante.

A Luis esa persona especial que siempre me acompaño a lo largo de esta etapa, brindándome su amor y comprensión.

Gracias por todo.

Alejandra Linares Barreda

RESÚMEN

EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.

EFFECTIVENESS THE MUSIC THERAPY PROGRAM AT THE DEPRESSION LEVEL OF THE EDERLY ADULT, HEALTH CARE CHILPINILLA - HUNTER, AREQUIPA 2019.

Linares Barreda Alejandra

La presente investigación tiene como objetivos: identificar los niveles de depresión de los adultos mayores antes de la aplicación del programa de musicoterapia, determinar la aplicación del programa de musicoterapia, establecer la eficacia del programa de musicoterapia en los niveles de depresión. Es un estudio de campo, nivel descriptivo, relacional, cuasi experimental. Para la obtención de datos la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento la cédula de entrevista, utilizando datos de la escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage para determinar el nivel de depresión; y, la guía de observación para las sesiones de musicoterapia. Para el procesamiento de resultados se utilizó el estadístico Chi Cuadrado presentado en tablas y gráficas. Llegando a las siguientes conclusiones: Se identificó que los niveles de depresión en los Adultos Mayores, previos a la aplicación del programa de musicoterapia en más de las tres cuartas partes, presentaron un nivel de depresión moderada y severa; Luego de la aplicación del programa de musicoterapia la eficacia fue positiva disminuyendo en un 21% los niveles de depresión en 5% sin depresión, en los adultos mayores.

PALABRAS CLAVES: Musicoterapia – Depresión – Adulto Mayor

ABSTRACT

This research aims to: Identify depression levels before the music therapy program; Specify the effect of a music therapy program; and, To determine the efficacy of music therapy in the levels of depression in the Elderly of the Chilpinilla Health Post, Hunter - Arequipa 2019. It is a field study, descriptive, relational level, quasi-experimental. To obtain data, the technique used was the interview and the instrument the interview card, using data from the Geriatric Depression Scale (GDS) of Yesavage to determine the level of depression; and, the observation guide for music therapy sessions. For the processing of results was used the statistical Chi Cuadrado presented in tables and graphs. Reaching the following conclusions: It was identified that the levels of depression in older adults, prior to the implementation of the musicotherapy program in more than three quarters, presented a moderate and severe level of depression; After the implementation of the musicotherapy program the efficacy was positive decreasing by 21% the levels of depression and 5% without depression, in Elderly.

KEY WORDS: Music therapy- Depression – Elderly

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la depresión es una de las enfermedades más diagnosticadas y sin duda la que produce cambios importantes en el estado anímico e inclusive llegar a la muerte. El grupo etéreo de la sociedad más vulnerable, son los adultos mayores ya que experimentan cambios en todas sus dimensiones y sobre todo en su entorno familiar.

La depresión, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La Depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio ⁽¹⁾.

Numerosos estudios han indicado que la musicoterapia en los adultos mayores contribuye al retardo del deterioro de las facultades físicas y mentales. Es por ello que presentamos un instrumento novedoso y eficiente para el tratamiento de la depresión en adultos mayores; por medio del diseño y la eficacia de un programa de musicoterapia como medio de intervención

Por lo que en la presente investigación se busca conocer los niveles de depresión que tienen los adultos mayores pertenecientes al “Club del Adulto Mayor de Chilpinilla” del puesto de Salud Chilpinilla-Hunter, ya que es ideal detectarlo a tiempo y así intervenir a favor de mantener su salud mental.

El presente trabajo de investigación descriptivo, relacional, se realizó durante el segundo trimestre del 2019 y el contenido de la investigación se organizó en tres capítulos divididos en Planteamiento Teórico, Planteamiento Operacional y Resultados respectivamente, con lo que las autoras obtendrán la Licenciatura en Enfermería.

ÍNDICE

RESÚMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. CAMPO, ÁREA Y LÍNEA DE ACCIÓN	1
1.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	1
1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS	3
1.2.4. TIPO Y NIVEL DE PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. ADULTO MAYOR	5
3.1.1. DEFINICIÓN	5
3.1.2. DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES, LEY N°28803	5
3.2. DEPRESIÓN	6
3.2.1. DEFINICIÓN	6
3.2.2. CLASIFICACION CIE 10	6
3.2.3. ETIOLOGIA	7
3.2.4. FISIOPATOLOGIA	8
3.2.5. NIVELES DE DEPRESIÓN	9
3.2.6. TRATAMIENTO	10
3.2.7. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	12
3.3. MEDICINA ALTERNATIVA	13
3.3.1. TERAPIAS MENTE CUERPO	14
3.4. MUSICOTERAPIA	14
3.4.1. DEFINICIÓN	14
3.4.2. HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA	14
3.4.3. MUSICOTERAPIA Y NEUROLOGIA	16
3.4.4. CUALIDADES TERAPEUTICAS	16
3.4.5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	17
3.4.6. METODOS DE LA MUSICOTERAPIA	18

3.4.7. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA.....	19
3.4.8. GERIATRIA Y LA MUSICOTERAPIA.....	21
3.4.9. MUSICOTERAPIA Y DEPRESION.....	22
3.4.10. BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA.....	22
3.4.11. PROCESO DE ELABORACION DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA SEGÚN MATEOS	23
3.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR	24
3.5.1. LAS 14 NECESDADES DE VIRGINIA HENDERSON	25
3.5.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	26
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	26
4.1. LOCALES.....	26
4.2. NACIONALES.....	26
4.3. INTERNACIONAL.....	27
5. HIPÓTESIS.....	28
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	29
1.1. Técnica.....	29
1.2. Instrumento	29
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	30
2.1. Ubicación geográfica.....	30
2.2. Ubicación temporal.....	30
2.3. Unidades de estudio.....	30
2.3.1. Universo	30
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.1. Organización	31
4. RECURSOS	32
4.1. Recursos Humanos.....	32
4.2. Recursos Físicos.....	32
4.3. Recursos Materiales.....	32
4.4. Recursos Económicos.....	33
4.5. Recursos Institucionales	33
CAPITULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	34
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	61

ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO N° 2 FORMULARIO DE PREGUNTAS.....	63
ANEXO N° 3 GUÍA DE OBSERVACION.....	65
ANEXO N° 4 PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA	67



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.....	35
TABLA Nº 2 POBLACIÓN ADULTO MAYOR, SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.....	36
TABLA Nº 3 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	37
TABLA Nº 4 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	38
TABLA Nº 5 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	39
TABLA Nº 6 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	40
TABLA Nº 7 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN NIVEL DE DPRESION. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	41
TABLA Nº 8 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y GÉNERO. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	42
TABLA Nº 9 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.	43
TABLA Nº 10 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	44
TABLA Nº 11 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA PRIMERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	46
TABLA Nº 12 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA SEGUNDA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE	

LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019.....48

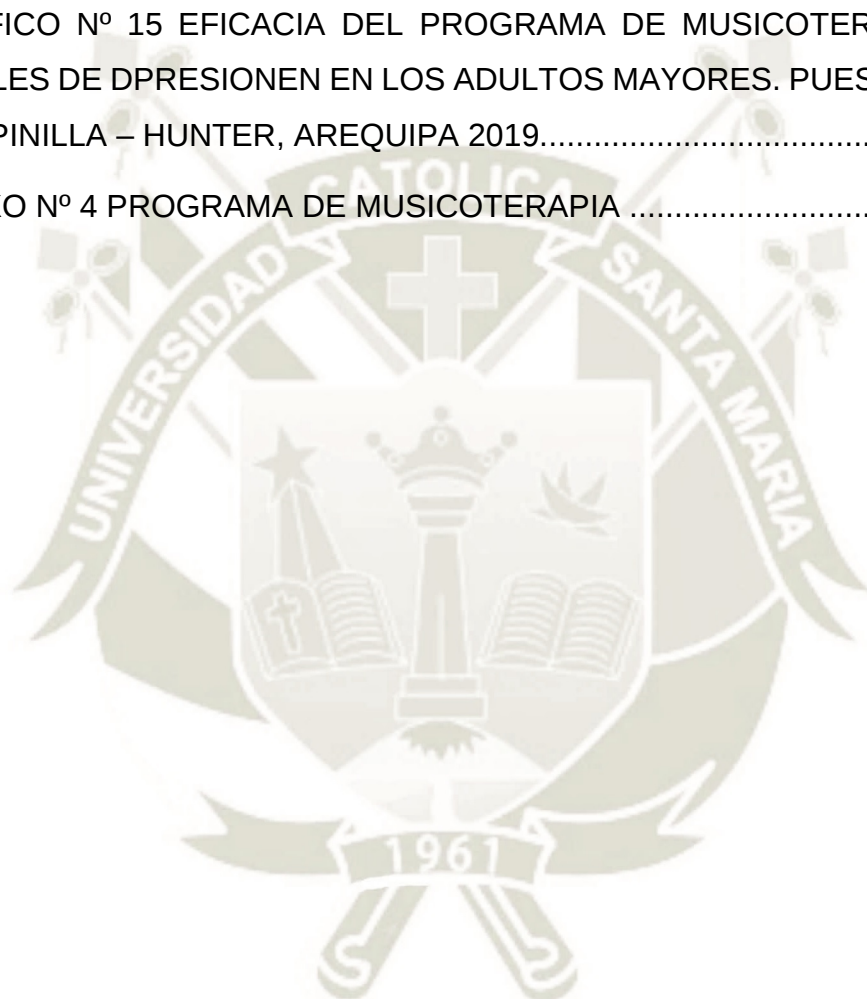
TABLA N° 13 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA TERCERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019.....50



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.....	35
GRÁFICO Nº 2 POBLACIÓN ADULTO MAYOR, SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.....	36
GRÁFICA Nº 3 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	37
GRÁFICO Nº 4 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	38
GRÁFICO Nº 5 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	39
GRÁFICO Nº 6 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	40
GRÁFICO Nº 7 POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN NIVEL DE DPRESION. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.	41
GRÁFICO Nº 8 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y GÉNERO. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019....	42
GRAFICO Nº 9 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.	43
GRAFICO Nº 10 POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.	45
GRÁFICO Nº 11 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA PRIMERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	47

GRÁFICO N° 12 EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS OBJETIVOS DE LA SEGUNDA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	49
GRÁFICO N° 14 POS TEST DEL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.	53
GRAFICO N° 15 EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE DPRESIONEN EN LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.....	55
ANEXO N° 4 PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA	67



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. CAMPO, ÁREA Y LÍNEA DE ACCIÓN

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería en Salud Mental

Línea : Depresión

1.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El estudio tiene dos variables

Variable Independiente: Programa de Musicoterapia.

Variable Dependiente : Depresión.

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
	1. Edad	• 60 – 65 años • 66 – 71 años • 72 – 77 años • 77 años a mas
	2. Sexo	• Femenino • Masculino
	3. Situación Conyugal	• Soltero • Casado • Viuda • Conviviente
	4. Lugar de Procedencia	• Arequipa • Puno • Cuzco • Moquegua • Otros
	5. Situación Ocupacional	• Trabaja • No trabaja
VARIABLE INDEPENDIENTE Programa de Musicoterapia	1. Tipos	• Canto • Improvisación musical con instrumentos. • Audición pasiva
	2. Sesiones	• Primera: Reconocimiento del sonido de instrumentos • Introspección musical • Segunda: Música y movimiento • Tercera: Bingo Musical
	2. Efectos	• Positivo • Negativo
	3. Beneficios	• Físicos • Psicológicos • Sociales
VARIABLE DEPENDIENTE Sintomatología: de la Depresión	1. Satisfacción con la vida 2. Presencia de desamparo y desprotección 3. Inmovilidad y desesperanza Problema de memoria	• 0-4 normal • 5-8 depresión leve • 9-11 depresión moderada • 12-15 depresión severa

1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en los Adultos Mayores antes de la aplicación de las sesiones del programa de musicoterapia?
- ¿Cómo es la aplicación de las sesiones del programa de musicoterapia en los Adultos Mayores?
- ¿Cuál es la eficacia de la aplicación del programa de musicoterapia en los niveles de depresión en los Adultos Mayores?

1.2.4. TIPO Y NIVEL DE PROBLEMA

Tipo: De Campo

Nivel: Descriptivo relacional, cuasi experimental

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio nos permite determinar la eficacia de la musicoterapia en los niveles de depresión de los adultos mayores siendo la musicoterapia una herramienta que ayuda a mantener el estado físico, mental además de favorecer las relaciones sociales de los adultos mayores.

Según los estudios poblacionales realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2017; “En el Perú existen 633mil 590 adultos mayores de 70 años a más que viven solos. Ellos representan el 38.4% del total de la población de ese grupo de edad. Cabe precisar que, de este total, un 61.8% vive con otra persona adulta mayor de edad, que puede ser el o la cónyuge u otra persona adulta mayor con quien les une alguna relación de parentesco o amistad. Un 38.2% viven completamente solos, es decir, en un hogar unipersonal” ⁽²⁾.

En los últimos años se viene presentando un gran incremento de los Adultos Mayores en relación a la población en general, por lo que se ha enfocado en uno de los principales centros de atención.

La depresión puede causar grandes angustias y trastorna la vida cotidiana. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos entre las personas de 60 años de edad y mayores. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en adultos

mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores ⁽³⁾.

En cuanto a la prevalencia de la depresión como un problema grave del estado de ánimo en la población de adulta mayor del Perú, se encuentra la depresión, afín con enfermedades físicas. El inconveniente es que la mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han recibido aún tratamiento farmacológico o alguna terapia alternativa, como puede ser: la musicoterapia u otras que pueden mejorar el estado de depresión del adulto mayor.

La musicoterapia es una herramienta que ayuda a mantener el estado físico y mental de los adultos mayores. Facilita la relajación, la memoria emocional, el lenguaje y además favorece las relaciones sociales ⁽⁴⁾.

De ahí que el presente estudio de investigación adquiere una relevancia social y humana de gran interés, ya que el propósito es aportar a la Escuela profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, aspectos reveladores, aportes y resultados científicos; basados en la revisión actualizada y especializada de la bibliografía que permiten identificar los efectos de la Musicoterapia en los niveles de Depresión y porque los resultados aportan conocimientos en relación a la eficacia de la Musicoterapia en los niveles de depresión de los Adultos Mayores.

En distintos lugares los Adultos Mayores viven en abandono emocional, al no recibir un trato adecuado, por su propio entorno familiar, debido al desinterés frente al cuidado de los Adultos Mayores.

El presente estudio es viable dado que cuenta con todos los recursos necesarios, una programación previa, el tiempo y el material requerido para efectuar la investigación.

Personalmente medio para obtener el título profesional de licenciada de Enfermería.

2. OBJETIVOS

- Identificar los niveles de la depresión en los Adultos Mayores del Puesto de Salud Chilpinilla antes de la aplicación del programa de musicoterapia.
- Precisar la aplicación del programa de musicoterapia en los Adultos Mayores del Puesto de Salud Chilpinilla.
- Establecer la eficacia del Programa de musicoterapia en los niveles de la depresión en los Adultos Mayores del Puesto de Salud Chilpinilla.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADULTO MAYOR

3.1.1. DEFINICIÓN

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento ⁽⁵⁾.

3.1.2. DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES, LEY N°28803

La persona adulta mayor es titular de derechos humanos y libertades fundamentales y ejerce, entre otros, el derecho a:

- a) La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
- b) Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
- c) Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
- d) Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
- e) El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
- f) El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- g) La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
- h) Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.

- i) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- j) Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.
- k) Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.
- l) La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
- m) No ser discriminada en ningún lugar público o privado ⁽⁵⁾.

3.2. DEPRESIÓN

3.2.1. DEFINICIÓN

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular ⁽⁶⁾.

3.2.2. CLASIFICACION CIE 10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.

Para los episodios depresivos es el F32:

- a) F32.0 Episodio depresivo leve
- b) F32.1 Episodio depresivo moderado
- c) F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- e) F32.8 Otros episodios depresivos
- f) F32.9 Episodios depresivos sin especificación

Para los Trastornos depresivos recurrente es el F33:

- a) F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- b) F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- c) F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- d) F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- e) F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- f) F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- g) F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación ⁽⁷⁾.

3.2.3. ETIOLOGIA

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero contribuyen factores genéticos y ambientales.

La herencia da cuenta del 50% de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; la concordancia entre gemelos idénticos es alta. Además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos.

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica) y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento.

También pueden estar implicados factores psicosociales. Las situaciones de estrés mayor de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor ⁽⁸⁾.

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué. Los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exposición o una mayor respuesta a las tensiones diarias
- Niveles más altos de la monoaminooxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo)
- Tasas más altas de disfunción tiroidea
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia.

3.2.4. FISIOPATOLOGIA

Se explica la depresión por una disminución en la función de la sinapsis, en pocas palabras es la disminución de la neurotransmisión. La sinapsis se establecen entre neurona y neurona, y en la periferia, entre una neurona y un efector (el musculo) en el SNC existe una disposición más compleja. La conexión funcional entre dos neuronas puede establecerse entre el axón y el cuerpo celular, entre el axón y la dendrita (la zona receptiva de la neurona) entre un cuerpo celular y otro o entre una dendrita y otra. La neurotransmisión puede aumentar o disminuir para generar una función o para responder a los cambios fisiológicos.

Muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos son debidos a un aumento o disminución de la actividad de determinados NT y muchas drogas pueden modificar, algunas (ej. Alucinógenos) producen efectos adversos y otras (ej. Antipsicóticos) pueden corregir algunas disfunciones patológicas. La liberación del neurotransmisor esta siempre acompañada de la casi inmediata eliminación del mismo, de tal manera que tiene poco tiempo para actuar sobre la célula receptora, si esta eliminación falla se bloquea, el neurotransmisor tiene más tiempo para actuar por lo que aumentan sus efectos.

La serotonina es una de estas sustancias transmisoras de información, actúa en muchísimas sinapsis del sistema nervioso y está siendo eliminada continuamente por un proceso de re- captación: es absorbida, captada de nuevo por la neurona que la libero. Los fármacos ISRS impiden esta re captación, de tal manera que la serotonina permanece

más tiempo de lo normal en la sinapsis, aumentando su efecto sobre las células receptoras.

La depresión está caracterizada por la reducción de los niveles de noradrenalina y por el aumento de los receptores 5HT2 (receptores serotoninérgicos) los receptores pre sinápticos adrenérgicos, que regulan la liberación de noradrenalina pueden ser hiperactivos, disminuyendo la misma cantidad de la misma hendidura sináptica ⁽⁹⁾.

3.2.5. NIVELES DE DEPRESIÓN

a. LEVE

Los síntomas de depresión leve están relacionados con el duelo normal. Las alteraciones son:

- Afectivo: sentimientos de negación, culpa, ansiedad, desesperanza, enojo, tristeza, abatimiento.
- Conductual: retraimiento, llanto, regresión, agitación.
- Cognitivo: sentimientos de culpa, ambivalencia, culpa a los demás.
- Fisiológico: anorexia o bulimia, insomnio o hipersomnia, dolor de cabeza u otros síntomas relacionados a la pérdida de alguien significativo ⁽⁹⁾.

b. MODERADA

Las manifestaciones típicas se manifiestan en una alteración más problemática.

- Afectivo: sensación de tristeza o pesadumbre. Muestran poco interés y poco placer en las actividades que antes disfrutaban.
- Conductual: enlentecimiento psicomotor, con una reducción de la frecuencia de los movimientos del cuerpo, enlentecimiento del habla y del pensamiento, aislamiento social, comportamiento autodestructivo.
- Cognitivo: proceso de pensamientos retardado; dificultad para concentrarse o dirigir la atención; pensamientos pesimistas y negativos; comportamiento con ideas suicidas.

- Fisiológico: anorexia, alteraciones del sueño, amenorrea, disminución del libido, dolor de cabeza, dolor abdominal, bajo de nivel de energía, fatiga y apatía; los sentimientos mejoran temprano por la mañana y van empeorando conforme el día avanza ⁽⁹⁾.

c. SEVERA

Se caracteriza por una intensificación de los síntomas de la depresión moderada. Los síntomas graves de la depresión incluyen:

- Afectivo: sentimientos de desesperación total, desesperanza y minusvalía; afecto indiferente; apatía; soledad; tristeza; incapacidad para sentir placer.
- Conductual: retardo psicomotor tan grave que el movimiento físico puede de manera literal hacer que el paciente permanezca quieto, o con movimientos rápidos, postura decaída se sienta en posición curva, camina con lentitud y rigidez, casi no existe comunicación.
- Cognitivo: prevalece el pensamiento engañoso, con delirio de persecución y delirios somáticos, confusión indecisión e incapacidad de ser, alucinaciones, culpa y pensamientos de suicidio; deseo intenso de suicidio.
- Fisiológico: decaimiento general de todo el organismo, que se refleja en digestión lenta, constipación y retención urinaria; amenorrea; impotencia ⁽⁹⁾.

3.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento, está orientado a obtener una mejoría del estado de ánimo, interviniendo todas aquellas personas, profesionales o no, que están en contacto con los adultos mayores.

La terapia, por lo tanto, debe poseer una base multidisciplinar. La depresión puede recurrir, primordialmente en pacientes que han tenido más de 1 episodio; por lo tanto, los casos graves a menudo justifican el tratamiento farmacológico con un mantenimiento prolongado.

- **PSICOTERAPIA**

La psicoterapia individual debe incidir en disminuir o atenuar la discapacidad o invalidez del adulto mayor, mejorar el grado de bienestar y aumentar el grado de socialización.

Existen pocas experiencias descritas de psicoterapia individual en adultos mayores, en los que se pretende mejorar las relaciones sociales, modificar comportamientos anormales, lograr una mayor participación del adulto mayor en aspectos de ocio y ocupación del tiempo libre y, en suma, re motivar al individuo en la propia vivencia de su vida.

- **TERAPIA OCUPACIONAL**

Constituye uno de los medios de actuación de la psicoterapia de grupo. Mediante la realización de trabajos en grupo se pretende mejorar las relaciones sociales, el entorno social y la autoestima del adulto mayor deprimido.

La terapia ocupacional puede utilizarse también como mecanismo de prevención de la depresión o de la mala adaptación, que ocurre en muchos ancianos que ingresan en una residencia.

- **TERAPIA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Los Adultos Mayores que viven en su medio usual (familia, comunidad) necesitan del apoyo de su entorno para superar la depresión.

La familia y los amigos deben estimular al Adulto mayor a mejorar su nivel de autoestima, deben animarlos a salir a la sociedad y a relacionarse con otras personas, deben ofrecerle cariño y comprensión, pero no un exceso de protección.

- **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**

Está indicada en pocos casos de adultos mayores. Debe ser indicado por un médico psiquiatra. Se requiere autorización del paciente. En algunos casos está contraindicada, y su aplicación requiere de algunas precauciones ⁽¹⁰⁾.

- **TERAPIA FARMACOLÓGICA**

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Estos fármacos impiden la recaptación de la serotonina. Los ISRS son el citalopram, el escitalopram, la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina, la sertralina y la vilazodona. Aunque tienen el mismo mecanismo de acción, las diferencias que presentan en sus propiedades clínicas son importantes a la hora de la selección. Los ISRS tienen un amplio margen terapéutico, son relativamente fáciles de administrar y no suele ser necesario realizar ajustes de dosis (excepto en el caso de la fluvoxamina).

Al impedir la recaptación de la 5-HT en la zona presináptica, los ISRS logran que haya más 5-HT para estimular los receptores de 5-HT postsinápticos. Son fármacos selectivos del sistema 5-HT, pero no son específicos de los distintos tipos de receptores de este neurotransmisor. Estimulan los receptores 5-HT₁ con efectos antidepresivos y ansiolíticos, pero también estimulan los receptores 5-HT₂ que provocan ansiedad, insomnio y disfunción sexual, y los receptores 5-HT₃ que provocan náuseas y cefalea.

Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina

Por mecanismos que no se comprenden con claridad, esta clase de fármacos influye favorablemente en la función catecolaminérgica, dopaminérgica y noradrenérgica y no afecta el sistema 5-HT.

El **bupropión** es actualmente el único fármaco en esta clase. Puede ayudar a los pacientes con depresión que tienen un trastorno concurrente de defecto de atención con hiperactividad o dependencia de la cocaína y a los que intentan dejar de fumar.

3.2.7. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Según el informe de “Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales” publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2017, se calcula que, en el 2015, el

número total de personas con depresión a escala mundial es de 322 millones, reconociendo la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) ⁽¹¹⁾.

Así mismo, National Institute of Mental Health (2017), reconocen cuales son las señales de la depresión en ancianos:

1. Estados de ánimo constantemente triste o ansioso
2. Sentirse “vacio” gran parte del tiempo
3. Pérdida de interés o de placer en los pasatiempos y las actividades
4. Pesimismo o falta de esperanza
5. Sentimientos de culpa, falta de auto-estima e impotencia
6. Fatiga o tener menos energía, sentir que se mueve o habla más lentamente.
7. Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
8. Problemas para dormir, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado.
9. Cambios en el apetito o el peso, sin proponérselos.
10. Pensamientos sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio.
11. Dolores y molestias físicas, como dolor de cabeza, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente y que no se alivian ni siquiera con tratamiento ⁽¹²⁾.

La depresión es una enfermedad real que afecta la calidad de vida; que puede llevar al suicidio, particularmente si no es tratada, y es más probable tener una enfermedad física cuando se tiene depresión.

3.3. MEDICINA ALTERNATIVA

La OMS define la medicina alternativa – complementaria como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades ⁽¹³⁾.

3.3.1. TERAPIAS MENTE CUERPO

Son aquellas terapias que utilizan la capacidad de la mente para regular las funciones del cuerpo y beneficiar la salud de las personas. Estas terapias utilizan la respiración consciente y conectada entre la mente y el cuerpo. Lo que permite armonizar el nivel físico, mental y espiritual de las personas.

Se incluyen terapias relacionadas con: la **meditación** (yoga, Hipnoterapia); **danza** (Taichí, Biodanza); **arte** (música, pintura alfarería, etc.); **relajación** (visualización guiada) ⁽¹³⁾.

3.4. MUSICOTERAPIA

3.4.1. DEFINICIÓN

La Musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza la música y las actividades relacionadas con la música para efectuar cambios positivos en el funcionamiento físico, psicológico, cognoscitivo o social en personas con problemas de salud y educativos. También se puede definir como una Psicoterapia a través de la música.

Según la OMS: “Es el uso de la música o de los elementos musicales, el sonido, el ritmo, la melodía, la armonía; por un músico terapeuta entrenado en un paciente o grupo de pacientes para facilitar y promover la comunicación, la interrelación y el aprendizaje, la movilización, la expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes para atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.”

3.4.2. HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA

Desde tiempos muy antiguos, las culturas primitivas, los grandes filósofos, escritores griegos y romanos, han considerado a la música como maestra para conservar una buena salud y la calidad de vida de las personas.

El hombre primitivo practicaba la música utilizando objetos muy rústicos como los troncos huecos, caracoles y huesos agujerados. Las expresiones musicales están asociadas a rituales funerarios, culto a los dioses, cacerías, culto a la fertilidad y a la guerra. La música es tan vieja

como el hombre, y es sinónimo de movimiento desde épocas más remotas.

Según Alberto Correa y Bernardo Benjumea, clasifican en tres las etapas históricas de la musicoterapia ⁽¹⁴⁾.

- **ETAPA MÁGICA – RELIGIOSA**

En la Biblia se encontró como David efectuaba música curativa frente al rey Saúl. La música fue para el hombre primitivo el medio de comunicación con el infinito. Los médicos brujos solían y suelen utilizar en sus retos mágicos, canciones y sonidos para expulsar los espíritus malignos que existen en el individuo enfermo y se ayudan con la danza, la expresión corporal y la ejecución instrumental.

- **ETAPA PRECIENTIFICA**

Esculapio, famoso médico, prescribía la música y la armonía a personas de emocionalidad perturbada y, a Pitágoras, el fisicomatemático, se le atribuye el empleo de la música para pacientes mentales (lo llamaba “medicina musical”). Los griegos consideraban a la música como una terapia tanto preventiva como curativa y, a la enfermedad, como una desarmonía entre la parte física del hombre y la psíquica. La música ayudaba a reestablecer esta armonía. En el siglo XVIII, se habló de los efectos de la música sobre las fibras del organismo, se le atribuyó un efecto triple a la música: Calmante, Incitante y Armonizante. En el siglo XIX, Esquirol, psiquiatra francés, ensayó la música para curar pacientes con enfermedades mentales.

- **ETAPA CIENTIFICA**

Desde la primera Guerra Mundial, los hospitales de veteranos contrataban músicos como ayuda terapéutica, preparando así el camino para la Musicoterapia. Esta valiosa experiencia sirvió para que los médicos la tomaran en cuenta y en 1950 se fundó la asociación Nacional de Terapia Musical, la cual edita una revista, realiza un congreso anual e inicia la formación de terapeutas musicales. En América Latina se han desarrollado en los últimos tiempos varias asociaciones tales como: la de Argentina fundada en

1986, el mismo año se fundó la asociación Brasileña, al año siguiente la Uruguaya y Peruana ⁽¹⁴⁾.

3.4.3. MUSICOTERAPIA Y NEUROLOGIA

El cerebro es el principal órgano de nuestro organismo y contiene más células que estrellas de las que hay en el universo. Controla y regula todo el funcionamiento de todo nuestro organismo y es el origen de todas las funciones cognitivas, de las emociones y de los sentimientos.

Las Neuronas Espejo están relacionadas con la musicoterapia; son Neuronas que se activan cuando un animal o persona desarrollan la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo. Son neuronas motoras que permiten comprender actos motores cuando lo observan y escuchan, sin necesidad de un razonamiento ⁽¹⁵⁾.

La musicoterapia actúa en el SNA en la vía parasimpática principalmente, antagonizando la función simpática (que condiciona al estrés), ya que tiene conexión con el nervio X par (nervio vago) y nos cargaría de energía actuando como un dinamómetro.

3.4.4. CUALIDADES TERAPEUTICAS

- **Tono**

El tono es la entonación o altura de cada sonido. Depende de la rapidez de las vibraciones y del número de éstas por segundo. Cuando las vibraciones se suceden con gran rapidez obtenemos sonidos altos o agudos y cuando se suceden lentamente los obtenemos graves o profundos. La altura o gravedad de las notas musicales se dan dentro tanto de cada octava como en conjunto dado de octavas.

- **Intensidad**

La intensidad es la fuerza de cada sonido o conjunto de sonidos, depende del espacio que recorra una vibración. Si se pulsa muy fuerte, las vibraciones llegaran más lejos que si pulsamos suavemente. Desde el punto de vista psicológico, la intensidad de sonido tiene una gran importancia.

- **Timbre**

El timbre es la cualidad que nos permite diferenciar la fuente productora de cada sonido. Es lo que distingue una voz humana de otra y un instrumento musical de otros.

- **Intervalos**

Según Sachs, desde el punto de vista de la antropología musical, los intervalos pequeños son usados por pueblos pacíficos, mientras que los intervalos largos lo son por pueblos que tienden a la guerra.

- **Tempo**

Se refiere a la rapidez o velocidad con que se suceden los tonos musicales, o sea, la velocidad que se imprime a una pieza musical. Una misma pieza puede ser ejecutada más o menos aceleradamente, independientemente del ritmo de la misma, que seguirá siendo el mismo. “Tempo” y ritmo son términos diferentes.

En musicoterapia, el “tempo” de cada pieza musical es importantísimo, ya que de él depende en parte el efecto sedante o relajante que pueda tener. El “tempo” es también reflejo del estado de ánimo del interprete y de su “tempo” vital, algo que parece ser genético o connatural de cada uno. Se dice que es propio de la niñez tener un “tempo” acelerado, como lo es de la senectud tenerlo ralentizado.

3.4.5. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- **Teoría griega del “Ethos”**

Se refiere a la capacidad que posee la música para provocar estados de ánimo. Ello se debe a que entre los movimientos de la música, los físicos y psíquicos del ser humano existe una fuerte relación la cual origina al hombre, cambios fisiológicos y psicológicos.

- **Principio homeostático**

El organismo humano muestra una fuerte tendencia a funcionar bien en todo momento. Este es el único modo de sobrevivir y de progresar.

Es indudable que la música es una de las más grandes invenciones del hombre. Dos elementos estructurales –el ritmo y la melodía- son señalados como esenciales.

- **El principio de liberación**

Para la imaginación no existe fronteras y la música, con su enorme poder para desvelar nuestra fantasía, ayuda a evadirnos de la realidad, a colorearla de afectividad, la música es el mejor remedio ante la fatiga originada por el trabajo y la rutina.

- **Principio del placer**

La música tiene la propiedad de atraer la atención al apelar al principio del placer. He aquí el auténtico placer estético; ello ocurre cuando la persona siente que se proyecta en la obra musical o la danza y se identifica con ella, con los sentimientos que percibe como derivados de ella. Entonces encuentra un momento de respiro, de descanso.

3.4.6. METODOS DE LA MUSICOTERAPIA

a. Musicoterapia Funcional

Las propiedades de la música se utilizan para aumentar el bienestar físico y psíquico. La música puede emplearse para reducir la frecuencia cardiaca, el nivel de hormonas de estrés, o disminuir la sensibilidad al dolor.

b. Musicoterapia Receptiva

Las bases de la musicoterapia receptiva son la escucha y la audición. Las terapias musicales receptivas son terapias sonoras, es decir, aprovechan el poder emotivo y curativo del sonido.

c. Musicoterapia Activa

En la musicoterapia activa, el paciente participa en el acto de hacer música e improvisa, ya sea con instrumentos o con la voz propia. Su orientación puede ser tanto artística como pedagógica ⁽⁹⁾.

3.4.7. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA

El sonido musical es captado por el Sistema Nervioso, afectando nuestro cerebro desde su corteza hasta sus áreas más profundas y produce varios efectos:

a. EFECTOS POSITIVOS

Empatizar: Empatía se define la "capacidad de identificarse con el otro, la capacidad de comprender lo que el otro está experimentando o sintiendo." La música es por excelencia el medio más eficaz para lograr empatía: une a las personas en una misma actividad sensorio-motriz, las mantiene juntas en el espacio y tiempo, las conduce a través una experiencia humana íntima.

Expresar: Se ofrece al paciente una actividad para poderse expresar, exteriorizar, representar experiencias internas de forma diferente y creativa.

Interactuar: Comprometer el mundo externo en un "dar y recibir". Se crea así un proceso recíproco en donde "yo actúo sobre alguien y dejo que este alguien actúe sobre mi."

Comunicar: La comunicación es intercambio de ideas y sentimientos con otros. Teniendo en cuenta que no siempre podemos comunicarnos con palabras, la comunicación musical es una forma efectiva para poderse expresar no verbalmente.⁽¹⁵⁾

Retroalimentar: La música siempre involucra una retroalimentación. En una improvisación musical antes tocamos y luego nos escuchamos tocar. A través de esta retroalimentación el paciente puede reconocer sus necesidades.

Explorar: El trabajo terapéutico consiste en ayudar a encontrar alternativas y nuevos caminos. Cuando hacemos música, por ejemplo, asumimos el desafío que consiste en improvisar sobre el ritmo o la melodía. O escribir una canción. Es esta una manera para explorar nuevas vías para llegar en nuestro interior. Si sabemos que existen alternativas a viejos caminos, nos daremos cuenta que tenemos diferentes opciones a la hora de tomar una decisión ⁽¹⁵⁾.

Conectar: Sin que nos damos cuenta, podemos reconocer que nuestra vida es un continuo conectarse para sentirse en un todo armonioso. Esto porque el hombre es un Ser holístico en que habitan diferentes planos: el Mental, Corporal, Emocional y Espiritual. La conexión implica reconocer un equilibrio entre estos 4 planos. Es por esto que la música es muy útil porque requiere todo tipo de conexión. (Conectamos el oído con nuestra mente, pensamientos, sentimientos).

Reparar: durante un proceso terapéutico pasamos por un proceso de duelo, pérdida, cambio. Reparar forma parte de este proceso. El musicoterapeuta es la guía que ayuda al paciente a encontrar sus necesidades. La musicoterapia nos brinda la oportunidad de viajar por experiencias musicales que nos permita encontrar nuestras necesidades y reparar nuestros atascos ⁽¹⁵⁾.

b. EFECTOS NEGATIVOS

Debemos de considerar que en determinados casos el tipo de música utilizada provoca efectos negativos

La música distorsionada genera tensión y ansiedad. Escuchar canciones que involucren un cambio repentino en el ritmo y los sonidos, además de distorsiones, provoca un estado de sensaciones negativas como tensión y alerta. Las transiciones se relacionan a nivel cerebral con los sonidos que emite un animal cuando está en peligro, lo que genera que el cerebro se prepare para un riesgo potencial.

Las canciones tristes afectan la salud mental. La música con letras tristes y arreglos que la potencian, pueden generar una ansiedad generalizada. Estas canciones activan la corteza cerebral prefrontal, zona asociada con las emociones, y escucharla en exceso puede provocar un efecto a largo plazo que ocasiona que aparezcan síntomas de tristeza.

Un solo género musical inhibe la creatividad. Cuando se escucha únicamente un género musical durante un periodo largo de tiempo, nuestro cerebro se acostumbra a percibir la misma estructura canción tras canción, lo que genera dificultad para generar nuevas conexiones

neuronales. De forma contraria, cuando escuchan diferentes géneros alternando entre cada uno de ellos, el cerebro asocia a las diferentes estructuras musicales y muestra creatividad sonora ⁽¹⁶⁾.

3.4.8. GERIATRIA Y LA MUSICOTERAPIA

La música puede tener un gran impacto en cualquier persona, pero además, en los adultos mayores, tiene la capacidad de liberar todo un torrente de memorias. Esta es una de las razones por las que la musicoterapia es un tratamiento eficaz para los adultos mayores, que pueden presentar patologías como demencias, depresiones, accidentes cerebro vasculares, etc. También aspectos ligados a la prevención y al envejecimiento saludable ⁽¹⁷⁾.

La música como terapia tiene diversos beneficios concretos en las personas de edad más avanzada. Los más relevantes son:

- **COGNITIVO:** la musicoterapia, en este caso ayuda al aprendizaje, mejora la orientación en la realidad, aumenta la capacidad de atención y concentración y mantiene o mejora las habilidades verbales y de comunicación.
- **FÍSICO:** la musicoterapia, en este punto, ayuda a mantener la movilidad de las articulaciones y aumenta la fuerza del músculo. También promueve la relajación, reduce la agitación y disminuye los niveles de ansiedad.
- **SOCIOEMOCIONAL:** la musicoterapia aumenta la interacción y comunicación social, reduce y previene el aislamiento y mejora las habilidades sociales y la autoestima.
- **ESPIRITUAL:** la musicoterapia facilita espacios de reflexión sobre temas trascendentales que preocupan a los mayores.

El objetivo es desarrollar los potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de tal manera que pueda lograr una mejor integración consigo mismo y con los demás que lo llevará a una mejor calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

3.4.9. MUSICOTERAPIA Y DEPRESION

La entonación y la música son muy importante en la lucha contra la depresión, ya que con ellas conseguimos un aumento de los niveles de endorfinas. La música y la entonación van muy bien en el ritmo del desahogo, nos permiten expresar las emociones, la tristeza, la pena y la aflicción.

En la depresión es muy importante, ayudar al sistema inmunológico a mantenerse en perfecta armonía, ya que la depresión suele bajar las defensas.

La música realmente ayuda en la enfermedad, pero lo que realmente ayuda es la entonación, la capacidad de poder expresar con las voces y exteriorizar fuera lo que sentimos dentro, en nuestro interior.

3.4.10. BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA

Beneficios fisiológicos:

- Acelera o retarda las principales funciones orgánicas: ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo.
- Actúa sobre el sistema nervioso central y periférico; su acción se traduce en sedante, excitante, enervante.

Beneficios sociales:

- Da la oportunidad de que personas con dificultades tengan experiencias sociales placenteras, positivas y gratificantes.
- Su estructura y naturaleza intrínseca tiene la capacidad de auto organizarnos interiormente y de organizar el grupo.
- Disminuye la sensación de aislamiento.
- Facilita la expresión emocional a través de la comunicación no verbal y en personas con dificultades comunicativas.
- Ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación profesional/paciente.
- Ayuda a la comunicación con la familia.

Beneficios psicológicos:

- Estimula los sentidos, evoca sentimientos y emociones así como facilita respuestas fisiológicas y mentales.

- Energiza el cuerpo y la mente.
- Alivia los temores y las ansiedades.
- Fortalece la conciencia de identidad y de autoestima (aumentando la consciencia de uno mismo, de los demás y del entorno).
- Ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte y mejorar la calidad de vida.
- Promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales (experiencias sociales, placenteras, positivas y gratificantes) ⁽¹⁸⁾.

3.4.11. PROCESO DE ELABORACION DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA SEGÚN MATEOS

Siguiendo a Mateos, se expone a continuación una propuesta de secuenciación de actividades dentro de una intervención de musicoterapia en la que nos podemos basar a la hora de desarrollar las diferentes sesiones.

Constaría de una fase preparatoria y de otras 4 fases de actividades. Todas ellas articuladas por estos cuatro criterios metodológicos:

- Alternar las fases de exteriorización (fases expresivas) con las fases de interiorización (fases receptivas).
- Desarrollar primero la conciencia de sí mismo (desarrollo corporal y perceptivo) para pasar a la conciencia del otro (desarrollo emocional-comunicativo-social).
- Mantener la atención-motivación-afecto de los participantes a lo largo de las diferentes fases mediante la escucha mantenida.
- Encadenamiento de actividades buscando la unidad y la variedad ⁽¹⁹⁾.

Las cinco fases que propone son las siguientes:

1. Introducción y motivación para la sesión

Introducción es el momento inicial de adaptación a la sala de trabajo, a los estímulos sensoriales que se pueden percibir en ella, etc. Es decir, adaptación al espacio físico.

La motivación para la sesión suele surgir de forma espontánea cuando los diferentes miembros del grupo se dan cuenta de que están ahí, en ese momento, para hacer algo. La motivación puede ser verbal, musical, gestual o combinaciones de estas.

2. Actividades sonoro-musicales de activación corporal consciente.

Están orientadas a ayudar al participante a regular su movimiento corporal de forma intencional y guiado por el sonido o la música.

3. Actividades sonoro-musicales de desarrollo perceptivo.

Se llevan a cabo una vez que la activación corporal ya está conseguida, pues de este modo es más fácil dirigir la atención perceptiva de los participantes hacia estímulos visuales, táctiles, auditivos, etc. con el fin de que tomen conciencia de ellos y los exploren.

4. Actividades sonoro-musicales de relación con el otro.

En cuanto a las actividades sonoro-musicales de relación con el otro, se puede decir, que es la fase más importante desde el punto de vista de las posibilidades que ofrece. En este caso, se presenta un nuevo reto: trabajar la relación del yo con el otro.

5. Actividades de despedida.

Por último, las actividades de despedida, que pueden ser cualquier actividad (sonoro-musical o no) que prepare para la despedida afectiva del grupo cuando va a concluir la sesión ⁽¹⁹⁾.

3.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR

La etapa de adaptación al envejecimiento no es nada fácil para el adulto mayor, el cuerpo cambia; hay cambios psicológicos, físicos, que requiere de ayuda de todo aquel que participe en su cuidado más cercano. Considerando que los adultos mayores son seres demasiado vulnerables y más cuando están expuestos a un desgaste constante o la soledad. La depresión se caracteriza por un estado de tristeza, melancolía, desmotivación asociada a

una serie de síntomas orgánicos como falla o exceso de apetito, falta o exceso de sueño, dolor en alguna región del cuerpo y ve afectada su vida.

La intervención de Enfermería tiene un papel muy importante, como fortalecer los cuidados de enfermería y las necesidades mencionadas por Virginia Henderson, en conjunto con terapias médicas alternativas ⁽²⁰⁾.

3.5.1. LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson considera que “la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizará por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.” Desde el punto de vista profesional nuestras actuaciones, siempre deberán ir encaminadas a que recupere la independencia lo más rápidamente posible” (2014).

Concepto que aun mantenemos para cubrir las necesidades básicas y son las siguientes:

- 1) Respirar normalmente
- 2) Comer y beber de forma adecuada
- 3) Eliminar por todas las vías
- 4) Moverse y mantener una postura adecuada
- 5) Dormir y Descansar
- 6) Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
- 7) Mantener la temperatura corporal
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- 9) Evitar los peligros del entorno
- 10) Comunicarse con los demás
- 11) Actuar de acuerdo con la propia fe
- 12) Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
- 13) Participar en actividades recreativas

14) Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud ⁽²¹⁾.

3.5.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En la atención del adulto mayor nuestros cuidados deben ser:

- a) Fomentar a la participación de actividades sociales (familiares y amigos) y de ocio, en forma cotidiana, como parte de las actividades propias de la vida diaria.
- b) Detección precoz de la sintomatología de la incapacidad que presente
- c) Fortalecer la capacidad individual para manejar sus problemas emocionales, así como la comunicación.
- d) Identificar las capacidades y habilidades del adulto mayor; eliminar o minimizar la limitación por el problema de salud
- e) Incentivar el ejercicio moderado según su estado de salud.
- f) Dar afecto en todas las actividades de la vida estimulando a los logros positivos obtenidos durante su vida.
- g) Promover la exploración de sus sentimientos.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. LOCALES

- DONGO ORTEGA, Julia Pilar, Arequipa, (2017) realizó un estudio sobre “Aplicación de un programa de musicoterapia para disminuir ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas”. Concluyendo: La musicoterapia es un proceso terapéutico no invasivo y motivador que beneficia a la mujer mastectomizada a nivel personal, físico, emocional, cognitivo y social. Siendo la música un medio de expresión e interpretación que permite conocer e identificar el verdadero estado de ánimo, así como los pensamientos, temores y deseos que la mujer mastectomizada no puede expresar con facilidad por medio de palabras.

4.2. NACIONALES

- CAMACHO RAMOS, Carito Yusbeli, Huánuco, (2017), realizó una investigación sobre “Efectividad de la técnica de musicoterapia aplicada en disminución de los niveles de estrés en adultos mayores del centro de

salud Perú-Corea, Huánuco 2017". Conclusión: un porcentaje promedio general de 60% de los adultos mayores estudiados antes de la intervención de la técnica de musicoterapia presentaron un nivel de estrés alto y medio, a diferencia del 93.3% que presentaron estrés bajos después de la intervención de la técnica de musicoterapia.

- LICAS TORRES, Martha Paulina, Lima, (2014), realizo una investigación sobre "Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014." Conclusión: Se concluyó que los adultos que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve.

4.3. INTERNACIONAL

- GONZALES DOMÍNGUEZ, Danilo Arturo, GUATEMALA, (2014), Realizo una investigación sobre "La Musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en Adultos Mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala". Conclusión: Tomando en cuenta los resultados obtenidos por parte de los participantes que hubo en el grupo experimental en contraste con el grupo control, se rechaza la hipótesis nula general, ya que se establece que la implementación de un programa Musicoterapia si disminuye el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos que se encuentran institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la Ciudad de Guatemala.
- HERNÁNDEZ ALVARADO, Wendy Melissa, Guatemala, (2014), Realizo una investigación sobre "La Musicoterapia en la reducción de los niveles de estrés, de los adultos mayores." Conclusión: En la situación del adulto mayor que está institucionalizado se hace evidente que aunque la esperanza de vida sigue aumentando en la población en general, las políticas para asegurar la calidad de vida de las personas de la tercera edad son inexistentes. Por lo que los adultos mayores enfrentan la sensación de abandono, baja autoestima por la dificultad para hacer cosas que los haga sentir útiles socialmente, pérdida del significado o sentido de la vida, considerando que la cercanía a la muerte les genera

depresión, pérdida de la facilidad de adaptación, hay duelos en proceso o duelos no resueltos, etc.

- LÓPEZ FANDIÑO, Jenniffer Paola, Colombia, (2018), realizó una investigación sobre “Efectos de un programa piloto de musicoterapia basado en la composición de canciones sobre los niveles de depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo residentes de un hogar geriátrico privado de la ciudad de Bogotá”. Conclusión: El programa de musicoterapia grupal basado en la composición de canciones tuvo incidencia positiva en la disminución de los niveles de depresión presentes en grupo de adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo, quienes presentaron cambios relacionados especialmente con la frecuencia de síntomas llanto, decaimiento, infelicidad, anhedonia, percepción de vacío, entre otros indicadores de depresión.

5. HIPÓTESIS

Dado que la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer y sentimientos de culpa o falta de autoestima; y la musicoterapia brinda beneficios en el estado anímico cognitivo, aumentando los niveles de endorfinas; en los diferentes ciclos de la vida como son los adultos mayores.

Es probable que un programa de musicoterapia sea eficaz en los niveles de depresión en el Club del Adulto Mayor del Puesto de Salud Chilpinilla.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica utilizada para las dos variables son la entrevista y la observación.

1.2. Instrumento

Para la variable: Niveles de Depresión, como instrumento se usó la Escala De Yesavage abreviada (GDS-VE); cedula de entrevista; elaborada por Shelk JI & Yesavage (1982) y adaptada y modificada de Izal & Montorio I., el instrumento permite valorar la depresión en pacientes adultos mayores, aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Consta de 15 ítems con una escala dicotómica (si o no), con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 74%.

Para efectos de la puntuación los ítems 1, 5, 7, 11,13 las respuestas NO son igual a 1, y la respuesta Si es igual a 0.

En el caso de la puntuación en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 la respuesta No es igual a 0, y la respuesta Si es igual a 1.

LA PUNTUACIÓN

- Normal : 0 – 4
- Depresión leve : 5 – 8
- Depresión moderada : 9 – 11
- Depresión severa : 12 – 15

Para la variable: Programa de Musicoterapia se utilizó una guía de observación directa; que fue validada por las investigadoras a través de una prueba piloto, y las sesiones de musicoterapia durante 30 minutos a los adultos mayores; las cuales fueron elaboradas por las investigadoras siguiendo las recomendaciones teóricas y metodológicas de la musicoterapia.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación geográfica

El presente trabajo de investigación se realizó en el ámbito geográfico del Puesto de salud Chilpinilla – Hunter, Departamento y Provincia de Arequipa, en donde asisten adultos mayores al Club del Adulto Mayor.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó en los meses de Abril - Septiembre del presente año 2019.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de investigación son los Adultos Mayores de ambos sexos que acuden al Club del Adulto Mayor del Puesto de salud Chilpinilla - Hunter.

2.3.1. Universo

El Universo está conformado por 25 Adultos Mayores que asisten al Club del Adulto mayor del Puesto de Salud de Chilpinilla. Se trabajó con la totalidad de asistentes, previa aplicación de los criterios tanto de inclusión como exclusión que contribuyen el cien por ciento.

a) Criterios de Inclusión

- Integrantes que acuden al club del Adulto Mayor en Chilpinilla.
- Adultos Mayores de ambos sexos a partir de los 60 años.
- Adultos Mayores con depresión.
- Adultos Mayores que deseen participar en el estudio de investigación y con su consentimiento.

b) Criterios de Exclusión

- Adultos Mayores con dificultades en sus capacidades tanto cognitivas como auditivas.
- Adultos Mayores que no deseen firmar el consentimiento informado.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Envío de solicitud a la señora Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María con el fin de aprobación del proyecto.
- Coordinación con la señora Decana de la Facultad de enfermería de la Universidad Católica de Santa María con el fin de obtener el permiso correspondiente para la aplicación del proyecto de investigación en las instalaciones del Puesto de Salud Chilpinilla.
- Coordinación con las autoridades correspondientes del Puesto de Salud Chilpinilla para así poder obtener el permiso correspondiente y ejecutar la investigación.
- La coordinación con el personal encargado del Club del Adulto Mayor Chilpinilla, para poder establecer las fechas y horas en las que se pueda aplicar las sesiones.
- Motivación a los adultos mayores para que la entrevista sea veraz.
- Aplicación del consentimiento informado a los adultos Mayores participantes.
- Validación de la Guía de Observación de las Sesiones de Musicoterapia con expertos.

- Aplicación del instrumento, pre test de Escala de Yesavage, cédula de entrevista y Guía de observación validada, a los integrantes del Club del adulto mayor del Puesto de Salud de Chilpinilla – Hunter.
- Con la información obtenida se dio inicio a las sesiones del programa de Musicoterapia en a los integrantes del Club del adulto mayor del Puesto de Salud de Chilpinilla – Hunter.
- Aplicación del instrumento, post test luego de la culminación de las sesiones de Musicoterapia en los integrantes del Club del adulto mayor del Puesto de Salud de Chilpinilla – Hunter.
- Una vez realizada la aplicación de los instrumentos se procedió a la tabulación de los datos obtenidos mediante el Programa Excel, siendo plasmados en tablas estadísticas de doble entrada, complejas; con su respectivo análisis e interpretación.
- Se aplicó la distribución Chi cuadrado para las tablas N° 8, 9, 10, y 14.

4. RECURSOS

4.1. Recursos Humanos

- **Investigadoras**
Linares Barreda, Alejandra

4.2. Recursos Físicos

- Instalaciones del Club del Adulto Mayor Chilpinilla – Hunter.

4.3. Recursos Materiales

- Cédula de Preguntas
- Guía de observación
- Materiales de escritorio
- Sesiones de musicoterapia
 - ✓ Computadora y Parlantes
 - ✓ Videos
 - ✓ Pelotas de trapo
 - ✓ Cartillas de bingo

4.4. Recursos Económicos

- El presupuesto es Autofinanciado por las investigadoras.

4.5. Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María
- Puesto de Salud Chilpinilla – Hunter. MINSA





CAPITULO III

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA N° 1
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD
CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

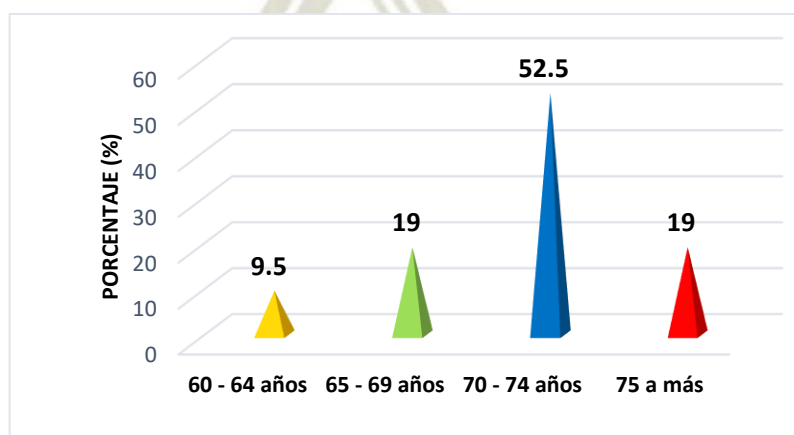
EDAD	N°	%
60 - 64 años	2	9.5
65 - 69 años	4	19
70 - 74 años	11	52.5
75 a más	4	19
TOTAL	21	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla podemos evidenciar que el mayor porcentaje de adultos mayores participantes corresponde a una edad de 70 a 74 años con un 52.5 % y el menor porcentaje de adultos mayores participantes corresponde a una edad de 60 a 64 años con un 9.5%.

De lo que se deduce que más de la mitad de los adultos mayores participantes se encuentran en la edad de 75 a más años.

GRÁFICO N° 1
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN EDAD. PUESTO DE SALUD
CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 2
POBLACIÓN ADULTO MAYOR, SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD
CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

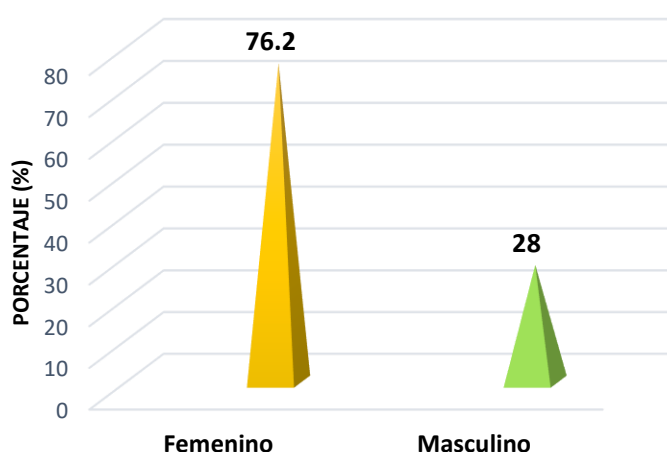
GÉNERO	N°	%
Femenino	16	76.2
Masculino	5	23.8
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla podemos evidenciar que el mayor porcentaje de adultos mayores corresponde al género femenino con un 76.2% y el 23.8% son de género masculino.

Cerca de las 2/3 partes de adultos mayores son de género femenino, debido a la que son las que se dedican solo al hogar.

GRÁFICO N° 2
POBLACIÓN ADULTO MAYOR, SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE SALUD
CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

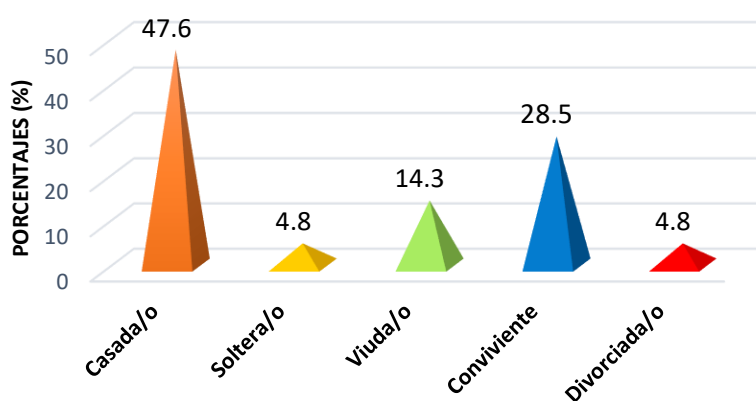
SITUACION CONYUGAL	N°	%
Casada / o	10	47.6
Soltera / o	1	4.8
Viuda / o	3	14.3
Conviviente	6	28.5
Divorciada / o	1	4.8
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla podemos evidenciar que el mayor porcentaje de adultos mayores tiene una situación conyugal de casados con un 47.6%, convivientes con un 28.5%, viudos con un 14.3% y con un 4.8% son solteros y divorciados respectivamente.

De lo que deducimos que más de una cuarta parte de los adultos mayores participantes son Casados.

GRÁFICA N° 3
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 4
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. PUESTO
DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

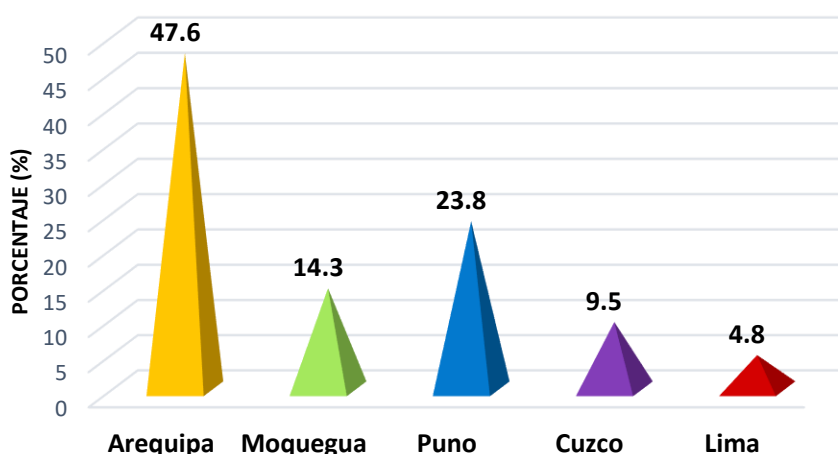
LUGAR DE PROCEDENCIA	Nº	%
Arequipa	10	47.6
Moquegua	3	14.3
Puno	5	23.8
Cuzco	2	9.5
Lima	1	4.8
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia la procedencia de los adultos mayores, donde el 47.6% proceden de la ciudad de Arequipa y el 4.8% son de Lima.

De lo que se deduce que el mayor porcentaje de Adultos Mayores proceden de la ciudad de Arequipa.

GRÁFICO N° 4
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA. PUESTO
DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 5
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

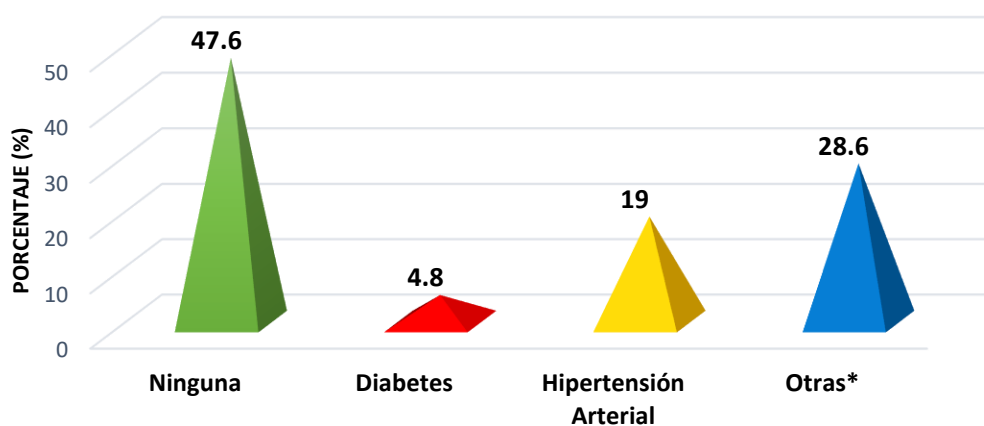
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Nº	%
Ninguna	10	47.6
Diabetes	1	4.8
Hipertensión Arterial	4	19
Otras*	6	28.6
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia a los adultos mayores según enfermedades crónicas donde, un 47.6% no presenta ninguna enfermedad y un 4.8% presentan Diabetes como enfermedad crónica.

De lo que se deduce que el mayor porcentaje de adultos mayores no padece ninguna enfermedad crónica.

GRÁFICO N° 5
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 6
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

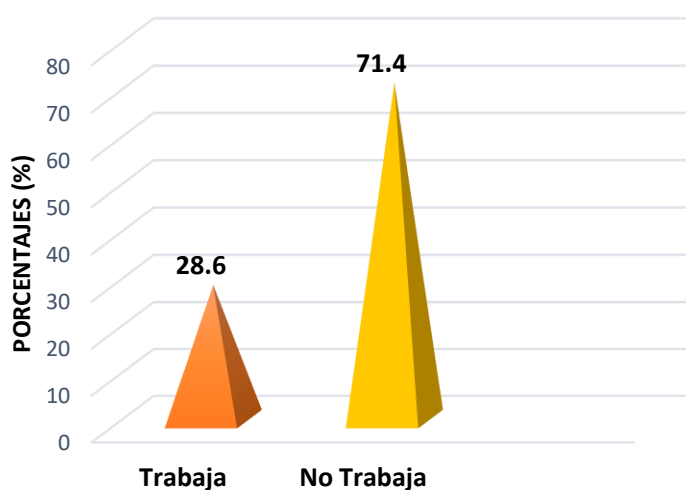
SITUACION OCUPACIONAL	Nº	%
Trabaja	6	28.6
No Trabaja	15	71.4
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia la situación ocupacional de los adultos mayores donde, el 71.4 % no trabaja y el 28.6% trabaja.

De lo que más de la mitad no trabaja, debido a que se dedican al hogar o no pueden ya realizar ninguna labor solos.

GRÁFICO N° 6
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN NIVEL DE DPRESION. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.

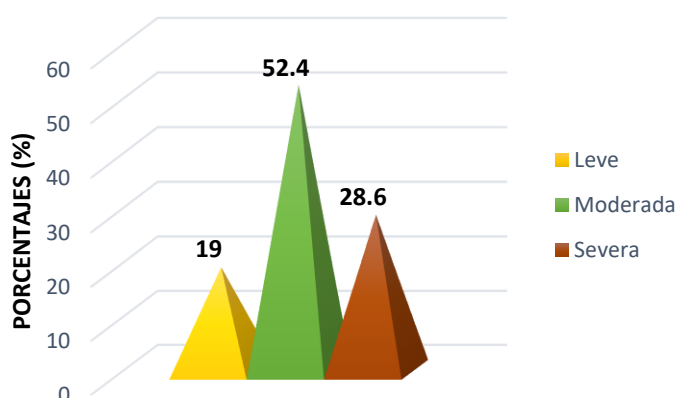
NIVEL DE DEPRESION	N°	%
Leve	4	19
Moderada	11	52.4
Severa	6	28.6
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia que el mayor porcentaje de adultos mayores presentó un Nivel de Depresión Moderada con 52.4%, el 28.6% Depresión Severa y el 19% Depresión Leve.

El total de Adultos Mayores se encuentran con un nivel de Depresión siendo el mayor depresión moderada, debido al abando o falta de interés de su entorno familiar.

GRÁFICO N° 7
POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN NIVEL DE DPRESION. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA. HUNTER – AREQUIPA, 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 8
POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y GÉNERO.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.

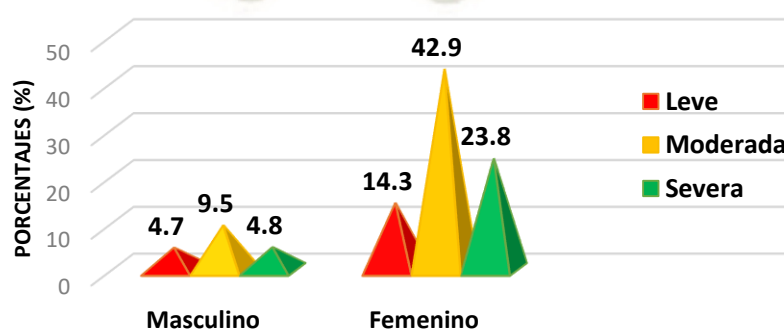
GÉNERO	NIVEL DE DEPRESIÓN						TOTAL	
	LEVE		MODERADA		SEVERA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	1	4.7	2	9.5	1	4.8	5	23.8
Femenino	2	14.3	9	42.9	5	23.8	16	76.2
TOTAL	4	19	11	52.4	6	28.6	21	100
X² 2.5963								

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia que el mayor porcentaje se dio en el nivel de depresión moderada en el género femenino con un 42.9% y el menor porcentaje con un 4.7% en el nivel de depresión leve en el género masculino.

Resultados que permite afirmar con el análisis χ^2 de Pearson ($p \geq 0.05$), que en la investigación no existe relación entre el género y los niveles de depresión que presentan los adultos mayores; deduciendo que el género femenino es el que presenta mayor de depresión en relación al género masculino, debido a la falta de actividades o pasatiempos.

GRÁFICO N° 8
POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y GÉNERO.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 9
POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.

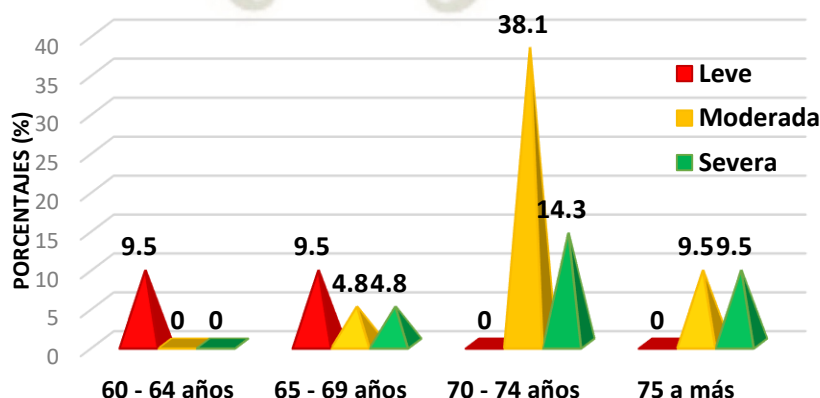
EDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN						TOTAL	
	LEVE		MODERADA		SEVERA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 – 64 años	2	9.5	0	0	0	0	2	9.5
65 – 69 años	2	9.5	1	4.8	1	4.8	4	19
70 – 74 años	0	0	8	38.1	3	14.3	11	52.6
75 a más	0	0	2	9.5	2	9.5	4	19
TOTAL	4	19	11	52.4	6	28.6	21	100
X ²			13.8123					

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia que el mayor porcentaje se dio en el nivel de depresión Moderada en los Adultos Mayores de 70 a 74 años con 38.1% y en menor porcentaje el nivel de Depresión Severa en los adultos Mayores de 65 a 69 años.

Resultados que permite afirmar con el análisis χ^2 de Pearson ($p \geq 0.05$), que en la investigación no existe relación entre la edad y los niveles de depresión que presentan los adultos mayores; deduciendo que a mayor edad los niveles de depresión aumentan, debido a la falta de energía o dificultad para recordar detalles vividos.

GRAFICO N° 9
POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD.
PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 10
POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SITUACIÓN
CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019

SITUACIÓN CONYUGAL	NIVEL DE DEPRESIÓN						TOTAL	
	LEVE		MODERADA		SEVERA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada/ o	0	0	7	33.3	3	14.3	10	47.6
Soltera/ o	0	0	1	4.8	0	0	1	4.8
Viuda/ o	2	9.5	1	4.8	0	0	3	14.3
Conviviente	2	9.5	2	9.5	2	9.5	6	28.6
Divorciada/ o	0	0	0	0	1	4.3	1	4.8
TOTAL	4	19	11	52.4	6	28.6	21	100
χ^2	8.9871							

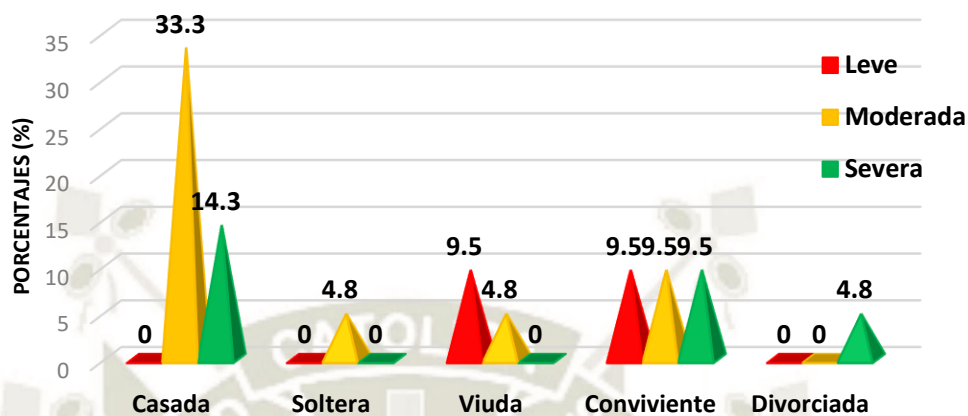
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia que el mayor porcentaje son Adultos Mayores casados con 47.6% y presentan una nivel de Depresión Moderada con 33.3%, el 28.6% son convivientes y tienen un 9.5% de Depresión Moderada y el menor porcentaje lo presentan Adultos Mayores Divorciados con un 4.8% y un nivel de Depresión Severa con 4.3%.

Resultados que permite afirmar con el análisis χ^2 de Pearson ($p \geq 0.05$), que en la investigación no existe relación entre la situación conyugal y los niveles de depresión que presentan los adultos mayores; deduciendo que los adultos mayores casados o convivientes presentan mayores niveles de depresión, debido a una reducción de la comunicación entre parejas.

GRAFICO N° 10

POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SITUACIÓN
CONYUGAL. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 11
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA PRIMERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019

PRIMERA SESIÓN OBJETIVOS		ANTES		DESPUES		MEJORA
		Nº	%	Nº	%	%
Reconocer sonidos	SI	19	90.5	20	95.2	4
	NO	1	4.8	0	0	
	AVECES	1	4.8	1	4.8	
TOTAL		21	100	21	100	
Interacción social	SI	19	90.4	21	100	8
	NO	1	4.8	0	0	
	AVECES	1	4.8	0	0	
TOTAL		21	100	21	100	
Compartir experiencias	SI	15	71.4	20	95.2	22
	NO	5	23.8	1	4.8	
	AVECES	1	4.8	0	0	
TOTAL		21	100	21	100	
Expresar Sentimientos	SI	12	57.2	18	85.7	28
	NO	7	33.3	3	14.3	
	AVECES	2	9.5	0	0	
TOTAL		21	100	21	100	
$\bar{X}$						15.5

En la tabla se evidencia según los objetivos de la primera sesión que:

Antes de la aplicación del programa de musicoterapia el 90.5% reconocen sonidos, después de la aplicación el 95.2% logra reconocer los sonidos, con una mejora del 4%. En cuanto a la interacción social antes el 90.4% se relacionaban, después de la sesión el 100% logro relacionarse, con una mejora del 8%. En compartir experiencias antes el 71.4% lo realizaba, después el 95.2% logro compartir experiencias, logrando una mejora del 22%. Antes de la primera sesión el 57.2% expresa sus sentimientos, después el 85.7% logro expresarlos, con una mejora del 28%.

De lo que el mayor porcentaje se dio en la expresión de sentimientos con el 28% y el menor porcentaje se dio en reconocer sonidos con el 4%; y con una asistencia del 100%, obteniendo un promedio de mejora en la primera sesión de 15.5 por ciento.

GRÁFICO N° 11
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA PRIMERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019

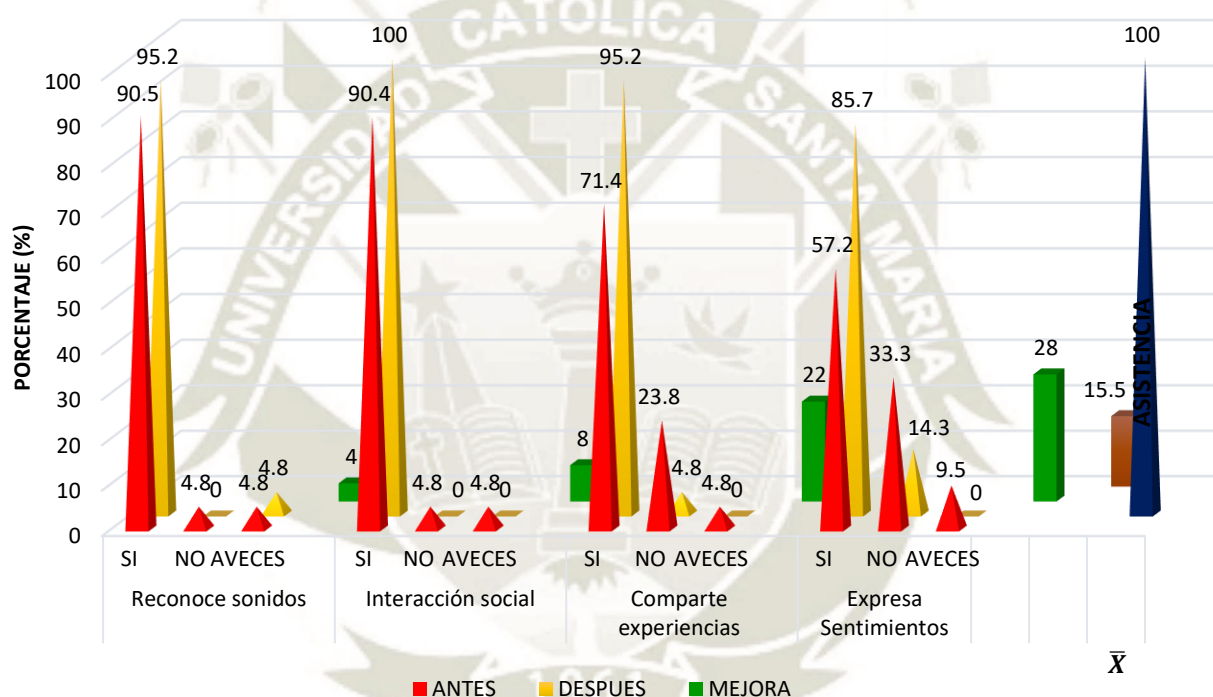


TABLA N° 12
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA SEGUNDA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019

SEGUNDA SESIÓN OBJETIVOS		ANTES		DESPUES		MEJORA
		Nº	%	Nº	%	%
Intercambiar opiniones y experiencias	SI	16	76.2	20	95.2	15
	NO	2	9.5	1	4.8	
	AVECES	3	14.3	0	0	
TOTAL		21	100	21	100	
Relacionar nombres, recuerdos y anécdotas	SI	15	71.4	19	90.4	15
	NO	4	19	1	4.8	
	AVECES	1	4.8	1	4.8	
TOTAL		21	100	20	100	
Expresión creativa con movimientos corporales	SI	14	66.7	20	95.2	15
	NO	5	23.8	1	4.8	
	AVECES	2	9.5	0	0	
TOTAL		21	100	20	100	
Fortalecer su relación con el entorno	SI	14	66.7	20	95.2	25
	NO	2	9.5	1	4.8	
	AVECES	5	23.8	0	0	
TOTAL		21	100	20	100	
$\bar{X}$						17.5

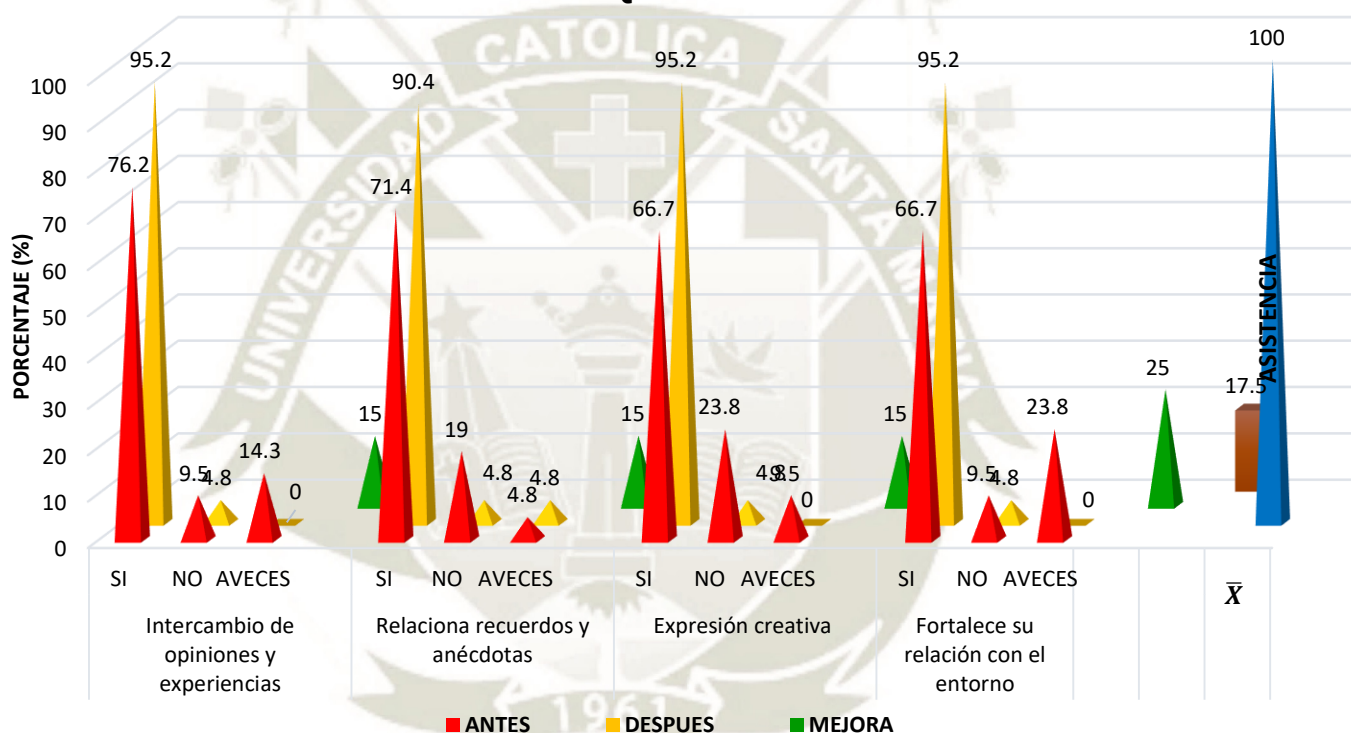
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia según los objetivos de la primera sesión que:

Antes del programa de musicoterapia el 76.2% intercambia opiniones y experiencias, después de la aplicación se incrementó en 95.2%, con una mejora del 15%. En cuanto a la relación de nombres, recuerdos y anécdotas el 71.4% antes de la aplicación del programa lo relacionaba, después de la aplicación se incrementó en 90.4%, con una mejora del 15%. Antes el 66.7% tienen una expresión creativa, después el 95.2% lo hace, logrando una mejora del 15%. En Fortalecer su relación con el entorno el 66.7% antes de la aplicación del programa la fortalecen, después de la aplicación se incrementó en 95, con una mejora del 25%.

De lo que el mayor porcentaje de mejora se dio en fortalecer sus relaciones con el entorno con el 25%; y con una asistencia del 100%, obteniendo un promedio de mejora en la segunda sesión de 17.5 por ciento.

GRÁFICO N° 12
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA SEGUNDA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 13
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA TERCERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019

TERCERA SESIÓN OBJETIVOS		ANTES		DESPUES		MEJORA
		Nº	%	Nº	%	%
Potencializar sus capacidades	SI	14	67	20	95	28
	NO	3	14	0	0	
	AVECES	4	19	1	5	
TOTAL		21	100	21	100	9
Socializar y reflexionar	SI	18	86	20	95	
	NO	1	5	1	5	
	AVECES	2	9	0	0	
TOTAL		21	100	21	100	
					$\bar{X}$	18.5

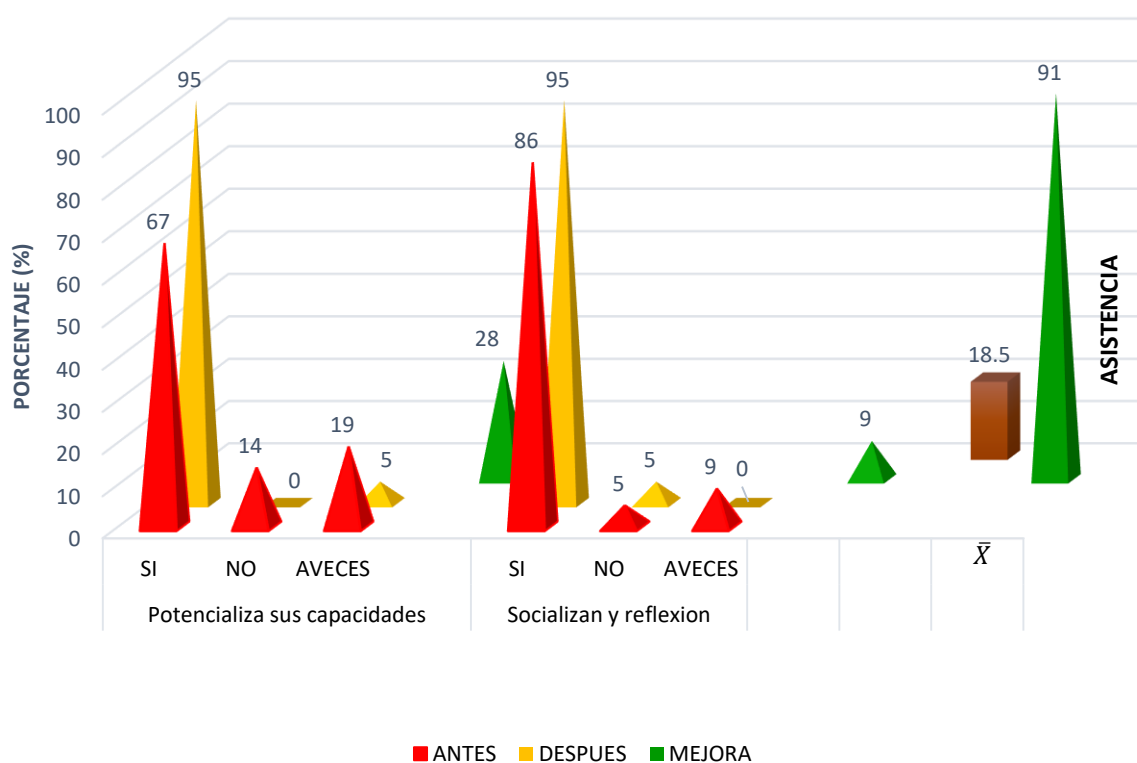
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia según los objetivos de la primera sesión que:

Antes del programa de musicoterapia el 67% potencializa sus capacidades, después de la aplicación se incrementaron en 95%, con una mejora del 28%. En cuanto a socializar y reflexionar el 86%, antes de la aplicación del programa socializaba, después de la aplicación se incrementó en 95%, con una mejora del 9%.

De lo que el mayor porcentaje de mejora se dio en potencializar sus capacidades con el 28%; y con una asistencia del 91%, obteniendo un promedio de mejora en la tercera sesión de 18.5 porciento.

GRÁFICO N° 13
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA SEGÚN LOS
OBJETIVOS DE LA TERCERA SESIÓN EN LOS NIVELES DE DEPRESION DE
LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA – HUNTER,
AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 14

POS TEST DEL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.

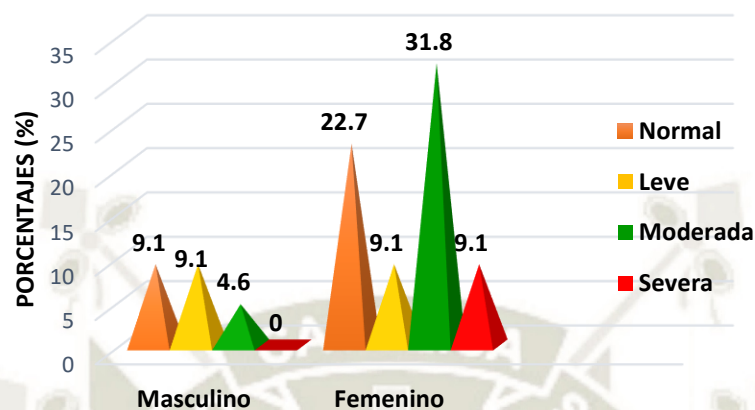
GÉNERO	SITUACION DE SALUD		NIVEL DE DEPRESIÓN						TOTAL
	NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Masculino	2	9.1	2	9.1	1	4.6	0	0	5
Femenino	5	22.7	2	9.1	7	31.8	2	9.1	16
TOTAL	7	31.8	4	18.2	8	36.4	2	9.1	21
X²			1.167						

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se evidencia los resultados pos test según género, donde el género femenino con el 50% del acumulado aun presentan algún nivel de depresión y el 22.7% presenta un estado normal de salud; el 18.2% del género masculino aun presentan algún nivel de depresión y el 9.1% presenta un estado normal de salud.

Resultados que permite afirmar con el análisis χ^2 de Pearson ($p \geq 0.05$), que en la investigación no existe relación entre el género y los niveles de depresión que presentan los adultos mayores; deduciendo que el género femenino disminuyo los niveles de depresión, llegando a un esta de normalidad, debido al gran interés en las actividades y nuevos pasatiempos.

GRÁFICO N° 14
POS TEST DEL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN GÉNERO. PUESTO DE
SALUD CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 15
EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE
DPRESIONEN LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD CHILPINILLA
– HUNTER, AREQUIPA 2019.

SITUACION DE SALUD	EFICACIA			
	PRE TEST		POST TEST	
	Nº	%	Nº	%
NORMAL	0	0	8	38.1
NIVELES DE DEPRESION				
LEVE	4	19	3	14.3
MODERADA	11	52.4	6	28.6
SEVERA	6	28.6	4	19
TOTAL	21	100	21	100
X²	9.28			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla observamos que en relación a la eficacia del programa de musicoterapia vemos que, en el pre test el más alto porcentaje de 52.4% de la población de estudio presentaba depresión Moderada, al aplicar el programa vemos que el porcentaje ha bajado al 28.6%. En los niveles de depresión severa en el pre test había un 28.6%, al aplicar el programa vemos que bajo la frecuencia al 19%. En los niveles de depresión leve en el pre test había un 19%, al aplicar el programa vemos que bajo la frecuencia al 14.3%.

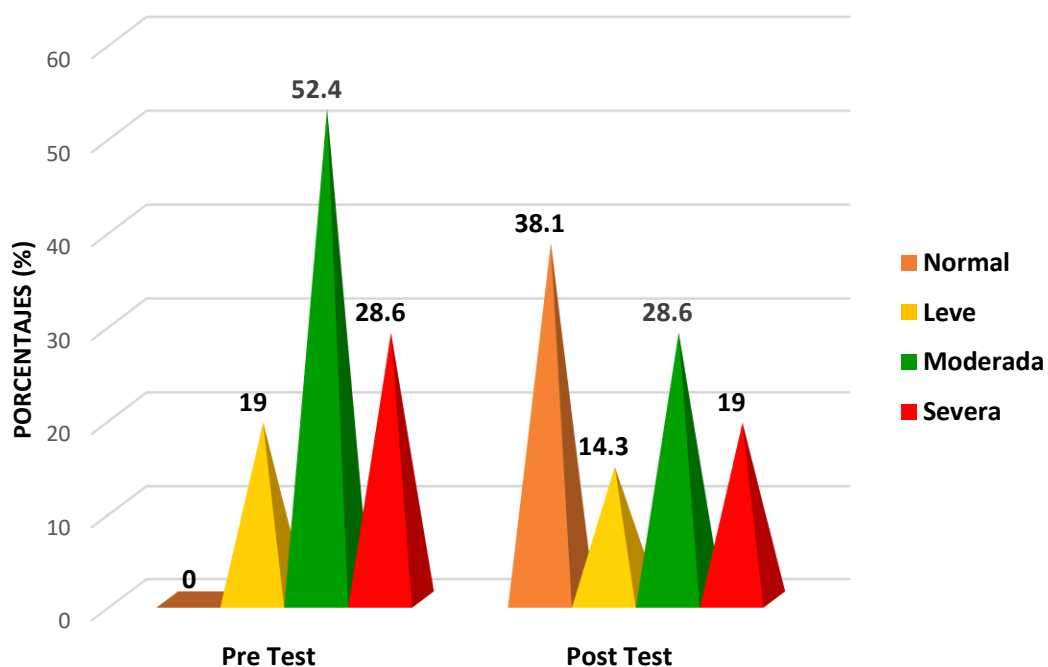
Resultados que permite afirmar con el análisis Chi² de Pearson ($p \Rightarrow 0.05$), que en la investigación existe relación entre el los niveles de depresión y la eficacia que presentan los resultados en los adultos mayores.

En situación normal de la población de estudio en el pre test había un 0%, al aplicar el programa vemos que el porcentaje aumento en un 38.1%

De lo que podemos deducir que se obtuvo como resultado una eficacia positiva de la aplicación del programa de musicoterapia.

GRAFICO N° 15

EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE
DPRESIONEN EN LOS ADULTOS MAYORES. PUESTO DE SALUD
CHILPINILLA – HUNTER, AREQUIPA 2019.



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

- **PRIMERA:** Se identificó que los niveles de depresión en los Adultos Mayores, antes de la aplicación del programa de musicoterapia, donde el mayor porcentaje se dio en los niveles Moderado y Severo; siendo más vulnerable el género femenino.
- **SEGUNDA:** El desarrollo del programa de musicoterapia es positivo, se obtuvo una mejora significativa, disminuyendo los niveles de depresión en cada una de las sesiones aplicadas en los adultos mayores.
- **TERCERA:** Se determinó que la aplicación del programa de musicoterapia es eficaz, mejorando el estado de ánimo de los adultos mayores; los porcentajes en los niveles de depresión post test disminuyeron, llegando a obtener participantes sin algún nivel de depresión.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación es que podemos recomendar.

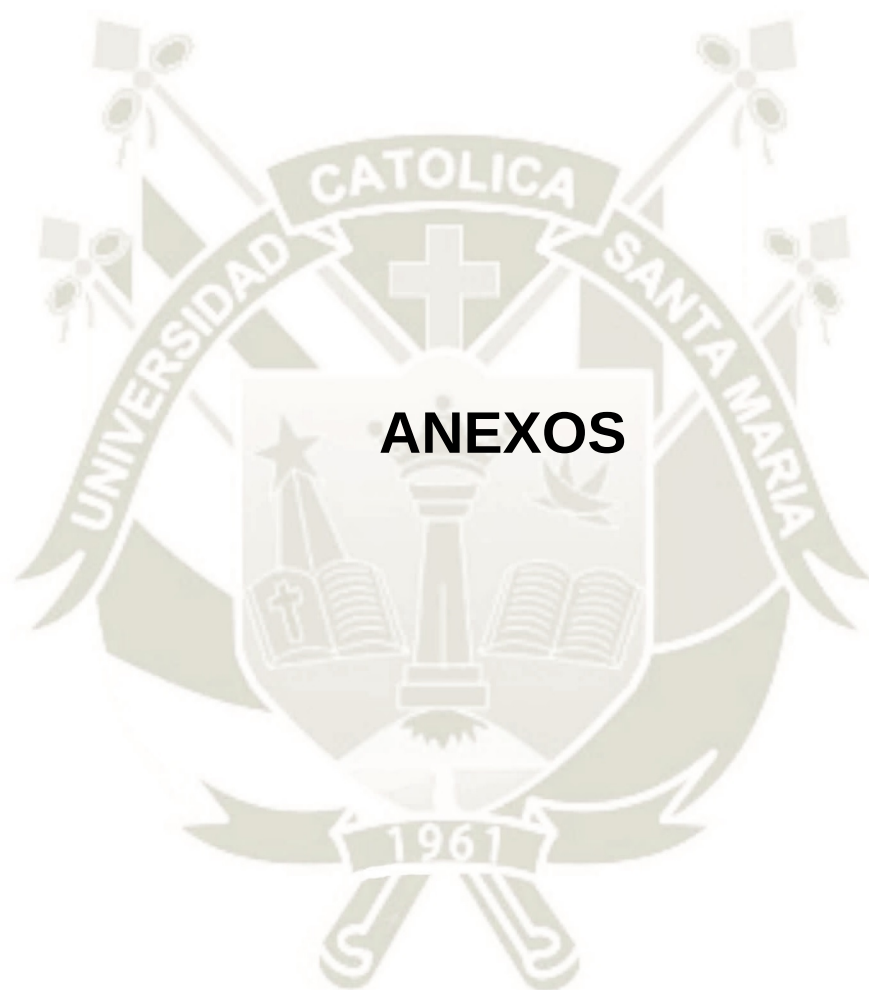
- A la Decana de la Facultad de Enfermería para que pueda coordinar con las docentes de las áreas de Salud Mental, y continuar ejecutando estudios a través de las estudiantes de pregrado; con nuevas técnicas y métodos apropiados para el manejo de la versatilidad de la Musicoterapia; y así abordar la depresión y la manera en que se puede mejorar dicha situación.
- A la responsable del Puesto de Salud Chilpinilla que coordine a través del personal responsable del Programa del Adulto Mayor, continúe ejecutando el programa de musicoterapia, con diferentes actividades de manera constante, con el fin de lograr mantener la mejoría en cuanto a los niveles de la depresión de los Adultos Mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud Mental: Depresión [internet]. EEUU:OMS; 2019 [fecha de acceso 27 de julio de 2019]. URL disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Adultos Mayores de 70 y más años de edad, que viven solos [base de datos en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [fecha de acceso 04 de abril de 2019]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf
3. Depresión en Adultos Mayores [internet]. Estados Unidos: OMS; 2018 [fecha de acceso 18 de abril de 2019]. URL Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Da Silva. Ch. Neuropsicología del Envejecimiento. México; 2018.
5. Plan Nacional para las personas Adultas mayores 2013 – 2017; [internet]. Perú: MINDIS; 2015 [fecha de acceso 20 de julio de 2019]. URL disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
6. Depresión [internet]. EEUU: OPS; 2017 [fecha de acceso 20 de abril de 2019]. URL disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es
7. Clasificación de Enfermedades Internacionales. [internet]. [fecha de acceso 20 de marzo de 2019]. 2017. URL Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
8. Trastornos depresivos. [internet]. USA: Manual MSD; 2018 [fecha de acceso 05 de abril de 2019]. URL Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>

9. Gonzales, D. La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala. [Tesis de licenciatura]. Guatemala. Universidad Rafael Landívar; 2014.
10. Calvo J. Depresión en la Vejez. Residencia Zorroaga. [internet]. 2015. [fecha de acceso 14 de abril de 2019]. URL Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2700078.pdf>
11. Depresión y otros trastornos mentales comunes [internet]. Perú: OPS; 2017 [fecha de acceso 20 de abril de 2019]. URL Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
12. Instituto Nacional de la Salud Mental. [Internet]. Estados Unidos: División de Redacción Científica, Prensa y Difusión; 2017: [fecha de acceso 18 de abril de 2019]. URL Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
13. Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2017: [fecha de acceso 18 de agosto de 2019]. URL Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/salud-intercultural/medicina-tradicional>
14. Armas S, Maita RB, De La Calle L. Manual de Musicoterapia. Vol. 1. 2da ed. Logargraf S.A.C.; 2017.
15. Tifatino, E. Musicoterapia. [internet]. España: Medicina Natural y Alternativa - Salud Terapia; 2019: [fecha d acceso 16 de Octubre de 2019]. URL Disponible en: <https://www.saludterapia.com/glosario/d/71-musicoterapia.html>
16. Lopez, A. 6 razones científicas por las que escuchar música está afectando negativamente tu cerebro más de lo que crees [internet] 2016. [fecha d acceso 16 de Octubre de 2019]. URL Disponible en: <https://culturacolectiva.com/musica/6-razones-cientificas-por-las-que-escuchar-musica-afecta-tu-cerebro>

17. Beneficios de la musicoterapia en la tercera edad. 2015. España. URL Disponible en: <https://www.residenciasolinatura.com/beneficios-de-la-musicoterapia-en-la-tercera-edad/>
18. Dongo, J. Aplicación de un programa de musicoterapia para disminuir ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas. [Tesis de Doctorado]. Arequipa. Universidad Nacional San Agustín.
19. Sesiones de musicoterapia [internet]; 2017 [fecha de acceso 20 de agosto de 2019]. URL Disponible en: <https://sites.google.com/site/musicoterapiamiquel/musicoterapia/sesiones-de-musicoterapia>
20. Álvarez, L. Begazo, M. Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del Albergue Buen Jesus, Arequipa 2015 [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Santa María.
21. Núñez, D. Metodología del Cuidado de Enfermería. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2014.



ANEXO N° 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... de..... años de edad,
estando en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente
manifiesto que he sido informado en lenguaje claro y sencillo sobre la investigación
titulada:

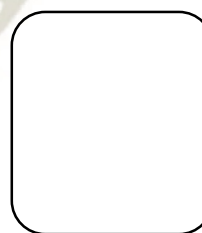
**Eficacia sobre un programa de Musicoterapia en la sintomatología de la
depresión en los Adultos Mayores del Club del Adulto Mayor, Puesto de
Salud Chilpinilla – Hunter, Arequipa 2019.**

Presentada por las señoritas: Huancco La Torre Ximena, Linares Barreda Alejandra
para fines de obtención del título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Teniendo presente que publicara los resultados guardando reserva de mis datos
personales, así como el respeto a los principios de beneficencia y confidencialidad
de la información, trato digno, libre determinación y voluntaria.

.

Arequipa, 2019



Huella digital

.....

Firma

ANEXO N° 2

FORMULARIO DE PREGUNTAS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Sr. / Sra. Adulto Mayor, que asiste al Club del Adulto Mayor del Puesto de Salud Chilpinilla – Hunter. Nos dirigimos a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar su apoyo para dar respuesta a la siguiente cedula de preguntas que serán formuladas con carácter de anonimato.

Las siguientes serán únicamente usadas para la investigación titulada:

Eficacia sobre un programa de Musicoterapia en la sintomatología de la depresión en los Adultos Mayores del Club del Adulto Mayor, Puesto de Salud Chilpinilla – Hunter, Arequipa 2019

Agradeciendo anticipadamente su apoyo y colaboración.

1. Genero

- F ☐
- M ☐

2. Edad

- 60 - 64 años ()
- 65 – 69 años ()
- 70 – 74 años ()
- 75 años a mas ()

3. Situación conyugal

- Casada/o ()
- Soltera/o ()
- Divorciada/o ()
- Viuda/o ()
- Conviviente ()

4. Lugar de procedencia

- Arequipa ()
- Moquegua ()
- Puno ()
- Cusco ()
- Otros

4. Enfermedades crónicas

- Ninguno ()
- Diabetes ()
- Hipertensión ()
- Otros

5. Situación ocupacional

- Trabaja ()
- No trabaja ()

CEDULA DE ENTREVISTA

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta	
	SI	NO
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	SI	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI	NO
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI	NO
¿Cree que es agradable estar vivo?	SI	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI	NO
¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI	NO
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI	NO

Puntuación Total - V15 _____

VALORACIÓN

NORMAL	: 0 - 4
DEPRESIÓN LEVE	: 5 - 8
DEPRESIÓN MODERADA	: 9 - 11
DEPRESIÓN SEVERA	: 12 - 15

Nota: Ver página 29

ANEXO N° 3

GUÍA DE OBSERVACION

DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA

Objetivo: obtener información acerca de la participación en las sesiones de musicoterapia realizadas por los adultos mayores.

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de enunciados en relación a las sesiones de musicoterapia, marcar según corresponda.

Sexo: M F

Edad:

		ANTES			DESPUÉS		
	ENUNCIADO	SI	NO	AVECES	SI	NO	AVECES
	Acude sin falta a las sesiones de musicoterapia.						
	Permanece toda la sesión completa.						
	Participa entusiastamente en las sesiones.						
	Expresa opiniones, sentimientos: • Alegría • Tristeza						
1° sesión	Reconoce el sonido de los instrumentos • cuerda • viento • percusión						
	Mejora la interacción social en el grupo durante las sesiones de musicoterapia						
	Comparte con el grupo experiencias variadas						
	Expresa sus sentimientos y/o emociones al escuchar las canciones • alegría • amor • tristeza						

		ANTES			DESPUES		
	ENUNCIADO	SI	NO	AVECES	SI	NO	AVECES
2º sesión	Mejora sus relaciones en el intercambio de opiniones y experiencias						
	Relaciona: • Nombres • Recuerdos • Anécdotas						
	Demuestran su expresión creativa a través de sus movimientos corporales						
	Fortalece su relación con el entorno						
3º sesión	Potencializa sus capacidades como la atención, memoria y lenguaje.						
	Socializa, reflexiona, usan la música para sus quehaceres diarios.						

ANEXO N° 4

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

AREQUIPA 2019

Antes de comenzar, se administrara el pre-test de la escala de Yesavage para conocer la puntuación de partida y tomarla como referencia para nuestro estudio.

Así mismo se les entregara el formulario de preguntas como datos demográficos para un perfecto resultado del estudio de investigación.

1. Introducción

Desde la épocas más remotas la música ha acompañado a la humanidad como vehículo de expresión de sus alegrías y tristezas. Presenta muchas de sus actividades, desde el nacimiento hasta la muerte, constituye para el individuo un medio de disfrute, y una vía de evolución social y bienestar espiritual.

Cabe destacar que el programa de musicoterapia se fundamenta principalmente en 3 sesiones que estarán dirigidas a adultos mayores que asisten al puesto de salud chilpinilla – Hunter con el fin de conseguir una mejora significativa en sus niveles de depresión.

Las diversas técnicas aplicadas en las clases de cada sesión del programa, desarrollan una intervención eficaz, productiva y profunda mediante la participación activa de los adultos mayores.

Por ello con esta programación de sesiones intentamos dar a conocer los beneficios de la musicoterapia y en los aspectos que van a ser aplicados.

2. Objetivo General

- Fortalecer la relación del adulto mayor con su entorno y con los demás, mejorando su estado de ánimo, logrando potencializar sus capacidades como la creatividad, atención, memoria, lenguaje y expresión de sentimientos.

3. Procedimiento

Se ha procedido a separar el programa de musicoterapia en 3 sesiones, en donde la primera sesión consta de dos clases con duración de 30 minutos cada una; la segunda sesión consta de una clase de 45 minutos y la tercera sesión consta de una clase de 45 minutos.

PRIMERASESION

Esta sesión está dirigida a un proceso de preparación donde el cuerpo reconocerá el sonido del instrumento, también nos servirá para fomentar el lazo del paciente con el evaluador como a conocer su capacidad para comunicarse con el grupo.

Objetivos Especificos

- Fortalecer los canales de comunicación y la relación con los demás.
- Realizar una introspección mediante la contemplación y sonoridad interior.
- Aportar confianza y seguridad para el desenvolvimiento óptimo de las personas en las próximas sesiones.

CLASE N°1 “RECONOCIMIENTO DEL SONIDO DE INSTRUMENTO”

Duración: 30 minutos

- I. Presentación e indicaciones de la realización del programa de musicoterapia, en que consiste, lo que se espera y desea obtener.
- II. Dinámica de inicio:
 - II.I. Presentarnos con nuestros nombres completos y de igual manera el resto del grupo, para crear un ambiente relajado y de confianza.
 - II.II. Realizar un ejercicio de reconocimiento del sonido con instrumentos
Primero se le pide a los participantes que cierren los ojos y que intenten escuchar los diferentes sonidos, los retenga en la memoria y al cabo de un rato que lo expresen en voz alta y lo asocien al instrumento.

CLASE N°2 “INTROSPECCIÓN MUSICAL”

Duración: 30 minutos

- I. Poner una pieza musical y hacer que la escuchen de un modo relajado y con los ojos cerrados.
Al terminar preguntarles que sentimientos les ha producido y como se sienten es estos momentos.

- II. Posteriormente se procederá a preguntar a cada persona que elija una canción o música con la que más se identifiquen en el momento actual.

Conclusiones

- Manejarán un mayor desenvolvimiento, entablando una mejor relación con su entorno.
- Identificaremos los sentimientos y emociones provocados por la música.
- Desarrollarán y plasmarán sus sentimientos en las canciones.

SEGUNDA SESION

En esta fase conseguiremos una mejor comunicación sonora y la integración individual de cada paciente en el grupo, promoveremos sus expresiones emocionales y corporales utilizando el ritmo y la melodía.

Objetivos Especificos

- Favorecer al acople e integración del grupo.
- Facilitar la aparición de las emociones y sentimientos a través de la música.
- Estimular su proceso creativo.

CLASE N°3 “MÚSICA Y MOVIMIENTO”

Duración: 45 minutos

- I. Las personas de sitúan por parejas una enfrente de otra.
- II. Se da una pelota a cada pareja y se la tienen que lanzar mientras suena la música.
- III. Cuando pare la música dejan de lanzársela y si no lo hicieran esa pareja queda eliminada.
- IV. Así sucesivamente hasta que sólo quede una pareja. Si se quiere aumentar el grado de dificultad se puede encender y apagar la música con más rapidez.

Conclusiones

- Descubrirán nuevas formas de expresión creativa y crecimiento interior a través de su propio movimiento.
- Mostraran ante los demás el ingenio de bailar con brillantez y elegancia.

TERCERA SESION

Se utiliza el material recreativo para generar el mayor grado de motivación de la persona. Finalmente se dará paso a escuchar sus opiniones y comentarios respecto a las sesiones y todos los cambios que experimentaron.

Objetivos Específicos

- Incrementar la verbalización de las personas con respecto al cambio emocional.
- Favorecer la utilización de los materiales empleados en las sesiones.
- Finalizar el proceso de las sesiones de musicoterapia.

CLASE N° 4 “BINGO MUSICAL”

Duración: 45 minutos

- I. El formato de la actividad es similar al del conocido juego del bingo.
- II. Se reparten los cartones del bingo y las fichas.
- III. Poner la primera canción y que cada uno coloque ficha en su cartón sobre el título de la canción si es que le aparece en el cartón.
- IV. El personal estará pendiente colaborando en la búsqueda de quien complete el cartón cantará bingo.

Conclusiones

- Su capacidad de concentración y de memorización tendrá una significativa mejora.
- Consolidaremos la sensación de grupo y de pertenencia grupal con todas las sesiones realizadas durante el proceso del programa de musicoterapia.

ACTIVIDADES, EVALUACION Y PRESUPUESTO

		ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	PRESUPUESTO
PRIMERA SESIÓN	Clase N° 1 Reconocimiento del Sonido de Instrumento	Recordamos las sensaciones. Escuchamos una música. Reconocemos los sonidos que nos rodean. Asociamos los sonidos escuchados.	Evaluaremos la mayor consciencia sensorial. La mejora en la atención y concentración en general.	Movilidad: s/5.00 por persona. Materiales de la sesión: s/. 15.00 Compartir: s/20.00
	Clase N° 2 Introspección Musical	Escuchamos la pieza musical Me relajo con la Música Recuerdo todo lo vivido a lo largo de la sesión y que sentimientos ha producido.	Evaluaremos lo que expresan con relación a la música.	Movilidad: s/5.00 por persona. Materiales de la sesión: s/. 15.00 Compartir: s/20.00
SEGUNDA SESIÓN	Clase N° 3 Música Y Movimiento	Bailamos y nos detenemos cuando haya pausas. Nos desplazamos a	Evaluaremos su activación corporal.	Movilidad: s/5.00 por persona. Compartir: s/20.00 Materiales de la sesión: s/. 5.00 Pelotas de trapo: s/15.00

		la velocidad de la música. Sentimos la música con nuestro cuerpo. Bailamos en parejas al ritmo de la música.		
TERCERA SESIÓN	Clase N° 4 Bingo Musical	Cantamos y adivinamos juntos las canciones Recordamos canciones Aprendemos canciones Compartimos gustos	Evaluaremos la relación y su interacción con el otro.	Movilidad: s/5.00 por persona. Compartir: s/20.00 Materiales del bingo: cartones de bingo s/ 10 y premios sorpresas s/50.00

CRONOGRAMA DE LA EJECUCION DE LA ACTIVIDAD

Fecha	Hora	Actividades	Responsables
14 - 06	9:00 a.m.	Presentación de las estudiantes al Club del Adulto Mayor	Srta. Alejandra Linares Barreda
	9:15 a.m.	Presentación de los objetivos del proyecto de Investigación a los miembros del Club	
	9:40 a.m.	Firma de los consentimientos informados para la participación en el proyecto	
	10:20 a.m.	Aplicación de la escala de Yesave a los participantes	
	11:00 a.m.		
PRIMERA SESION			
21 -06	9:00 a.m.	Saludo de la tesistas a los adultos mayores	Srta. Alejandra Linares Barreda
	9:15 a.m.	Inicio de la clase N° 1 y N° 2 de Musicoterapia	
	10:30 a.m.	Final de las dos primeras clases de Musicoterapia	
	10:40 a.m.	Aplicación de la guía de Observación	
	11:00 a.m	Despedida y agradecimiento comprometiéndose asistir a la próxima sesión	
SEGUNDA SESION			
28 - 06	9:00 a.m.	Saludo de la tesistas a los adultos mayores	Srta. Alejandra Linares Barreda
	9:15 a.m.	Inicio de la tercera Clase de Musicoterapia	
	9:45 a.m.	Final de la tercera clase de Musicoterapia	
	9:50 a.m.	Aplicación de la guía de Observación	
	10:00 a.m.	Despedida y agradecimiento comprometiéndose asistir a la próxima sesión	
TERCERA SESION			
05 - 07	9:00 a.m.	Saludo de la tesistas a los adultos mayores	Srta. Alejandra Linares Barreda
	9:15 a.m.	Inicio de la cuarta clase de Musicoterapia	
	10: 00 a.m.	Final de la cuarta clase de Musicoterapia	
	10:10 a.m.	Aplicación de la guía de Observación	
	10:15 a.m.	Aplicación final de la escala de Yesave (POSTEST)	
	11:00 a.m.	Despedida y Agradecimiento	
12 -07	9:00 a.m.	Saludo de las tesistas a los adultos mayores	Srta. Alejandra Linares Barreda
	9:30 a.m.	Compartir de despedida y agradecimiento	

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD”

CONSTANCIA

LA DOCTORA RESPONSABLE DEL P. S. CHILPINILLA – HUNTER

Hace constar que:

ALEJANDRA LINARES BARREDA

Bachilleres en enfermería de la Universidad Católica de Santa María, han cumplido con la realización del Proyecto de Tesis **“EFICACIA DEL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN EL NIVEL DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES, PUESTO DE SALUD CHILPINILLA. HUNTER, AREQUIPA. 2019”**; realizado en el Puesto de Salud de Chilpinilla, jurisdicción de la Micro Red Hunter en el periodo comprendido del 6 Junio al 11 de Julio del año 2019.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas para fines que crea conveniente.

Arequipa, 16 setiembre del 2019

