

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE EL
ESTADO DE ÁNIMO DE LOS ADULTOS MAYORES,
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA CHACHAPOYAS –
2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor : Br. LLINER SOPLIN MENDOZA

Asesor : Mg. WILFREDO AMARO CÁCERES

CHACHAPOYAS – PERÚ
2015

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme en todos los momentos de mi formación universitaria

A mis padres, a mis hermanos y todos mis familiares; ellos hicieron posible este logro tan anhelado.

A mis compañeros de la universidad, pasé bonitos momentos a vuestro lado, juntos aprendimos muchas cosas en las aulas universitarias, los llevaré siempre en mi memoria.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes y personal administrativo de la Escuela Profesional de Enfermería y de la Facultad Ciencias de la Salud, por sus valiosas enseñanzas, y consejos para mi vida personal y profesional.

Al Mg. Wilfredo Amaro Cáceres, asesor de esta tesis, por sus acertadas indicaciones en las revisiones previas, y por su asesoría constante.

A los adultos mayores del Programa del Adulto Mayor, del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas por su participación en el presente estudio, así mismo al personal de enfermería que labora en dicho programa por brindarme las facilidades para el desarrollo de la tesis.

A todos los que de alguna manera apoyaron con sus sugerencias en la ejecución de la presente investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph.D. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

HOJA DE JURADO

(Resolución de Decanato N° 211-2015-UNTRM-VRAC/F.C.S)



.....
Dr. Edwin Gonzales Paco

Presidente

.....
Dra. Sonia Tejada Muñoz

Secretaria

.....
MsC. Yshoner Antonio Silva Díaz

Vocal

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Wilfredo Amaro Cáceres, con DNI N° 41983973, domiciliado en Jr. Hermosura 1050, de la ciudad de Chachapoyas, docente auxiliar a tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, doy visto bueno al informe de tesis titulado: **EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE EL ESTADO DE ANIMO DE LOS ADULTOS MAYORES, PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA CHACHAPOYAS – 2015**, elaborado por el bachiller de enfermería **LLINER SOPLIN MENDOZA**.

Para lo cual firmo en conformidad.

Chachapoyas, 04 de diciembre de 2015

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
DNI: 41983973

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	06
III. MARCO TEÓRICO	07
IV. MATERIAL Y MÉTODO	34
4.1. Tipo y diseño de la investigación	34
4.2. Universo, población y muestra	34
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
4.4. Análisis de datos	38
V. RESULTADOS	39
VI. DISCUSIÓN	45
VII. CONCLUSIONES	54
VIII. RECOMENDACIONES	55
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 01:** Estado de ánimo de los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 39
- Tabla 02:** Estado de ánimo según la dimensión sentimientos en los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 41
- Tabla 03:** Estado de ánimo según la dimensión pensamientos en los adultos mayores, antes y después de las sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 01:** Estado de ánimo de los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 39
- Gráfico 02:** Estado de ánimo según la dimensión sentimientos en los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 41
- Gráfico 03:** Estado de ánimo según la dimensión pensamientos en los adultos mayores, antes y después de las sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. 43

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Anexo 02: Sesión de musicoterapia

Anexo 03: Escala de evaluación del estado de ánimo del adulto mayor.

Anexo 04: Consentimiento Informado

Anexo 05: Ficha técnica del instrumento, Validez y confiabilidad del instrumento

Anexo 06: tablas anexas:

Tabla 04: Estado de ánimo según edad en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Tabla 05: Estado de ánimo según sexo en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Tabla 06: Estado de ánimo según religión en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

RESUMEN

El presente estudio fue de nivel explicativo, longitudinal, prospectivo con enfoque cuantitativo, se realizó con el objetivo de determinar los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015. La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó el método la encuesta, la técnica el cuestionario y como instrumento la Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) (Validez: 0.81 y confiabilidad 0.88 como promedio). Los resultados evidencian que antes de realizar las sesiones de musicoterapia, el 65 % (13) de adultos mayores presentó un estado de ánimo negativo y sólo un 5 % (1) un estado de ánimo positivo; en cambio después de realizar las sesiones de musicoterapia, el 80 % (16) de adultos mayores presentó un estado de ánimo positivo y un 10 % (2) un estado de ánimo muy positivo. La prueba de T-student ($t_c = -10.639$, $p = 0.000 < 0.05$) muestra que el estado de ánimo de los adultos mayores mejora significativamente por efecto de la musicoterapia; y en cuanto a las dimensiones: tanto los sentimientos ($t_c = -7.947$, $p = 0.000 < 0.05$) como los pensamientos ($t_c = -6.840$, $p = 0.000 < 0.05$) de los adultos mayores también se hacen más positivos después de la sesión de musicoterapia. Conclusión: La aplicación de la musicoterapia mejora significativamente el estado de ánimo de los adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, haciéndolos más positivos; de igual forma los sentimientos y pensamientos se hacen más positivos por efecto de la aplicación de la musicoterapia.

Palabras claves: adulto mayor, estado de ánimo, sentimientos, pensamientos.

ABSTRACT

This study was explanatory, longitudinal, prospective with quantitative approach level was held in order to determine the effects of music therapy on mood of seniors, the Elderly Program, Regional Hospital Virgin of Fatima Chachapoyas-2015. The sample consisted of 20 seniors. The survey method was used for data collection, the technical questionnaire and an instrument rating scale mood (EVEA) (Validity and reliability 0.88 0.81 average). The results show that before performing the music therapy sessions, 65% (13) of older adults showed a negative mood and only 5% (1) a positive mood; however after performing the music therapy sessions, 80% (16) of seniors it presented a positive mood and 10% (2) a very positive state of mind. The Student t test ($t_c = -10.639$, $p = 0.000 < 0.05$) shows that the mood of seniors significantly improves the effect of music therapy; and in terms of dimensions: both feelings ($t_c = -7.947$, $p = 0.000 < 0.05$) as the thoughts ($t_c = -6.840$, $p = 0.000 < 0.05$) of older adults also become more positive after the music therapy session. Conclusion: The application of music therapy significantly improves the mood of seniors from the Elderly of the Virgin of Fatima Hospital Regional Program Chachapoyas, making them more positive; likewise the feelings and thoughts become more positive as a result of the application of music therapy.

Keywords: elderly, mood, feelings, thoughts.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la tercera edad; este interés se debe principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que obliga a una preocupación por la calidad de vida de estas personas. Así por ejemplo, durante los últimos cien años, en los Estados Unidos se ha triplicado la población mayor de 65 años. Esta situación es reflejo de las mejoras socioeconómicas registradas en el último tiempo y plantea necesidades de conocimiento específico sobre el grupo de la población con mayor edad, para diversos fines de investigación y programación (Chong, 2013, p. 15).

Uno de los factores más asociados e investigados como barrera para un estado de bienestar en el adulto mayor son los problemas en el estado de ánimo y específicamente: la depresión; señalando que los problemas afectivos en los ancianos son importantes por su frecuencia, por su impacto sobre el estado mental y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas (Lucero y Casali, 2006, p. 25).

Los estados de ánimo en el adulto mayor se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza y se mantienen relativamente durante un periodo, mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañadas casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viscerales. Por su parte, los sentimientos son modalidades más estables de aparición lenta y duradera, y no se acompañan de cambios somáticos. En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoactivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas (Chong, 2013, p. 34).

Durante el transcurso del tiempo se ha creado programas, asociaciones, estrategias que mejoran la calidad de vida; habiendo terapias alternativas que influyen en los

estados de ánimo, como lo es la musicoterapia. A través de la música los adultos mayores pueden evocar experiencias de su infancia y juventud, mejorar su estado de ánimo, se despojan de sus duelos, temores y frustraciones; fomentan sus relaciones interpersonales; disminuyen y alivian su ansiedad y estados depresivos, y, sobre todo, descubran los usufructos que les proporciona haber llegado a la tercera edad (Ruggero, 2011, p. 47).

A nivel de Latinoamérica, los problemas en el estado de ánimo afectan a una gran proporción de adultos mayores, constituyendo un grupo heterogéneo de problemas afectivos. Se calcula que el 25% de los pacientes que ingresan a instituciones públicas de salud mental, lo hacen por problemas en el estado de ánimo, siendo estos los de mayor prevalencia, así mismo el 65% de los pacientes ambulatorios presentan alteraciones en el estado de ánimo, y aproximadamente más de la mayoría no son atendidos en la práctica médica psicológica o psiquiátrica (Lucero y Casali, 2006, p. 58).

En cuanto a la prevalencia de la depresión como problemas graves de estado de ánimo en poblaciones de adultos mayores de México, Perú y Venezuela, los resultados muestran un nivel considerable de depresión grave, correlacionado con enfermedades físicas e historias previas de depresión. Estas correlaciones no son algo sorprendente, pero lo más problemático es que la mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han recibido ningún tratamiento y menos aún terapias alternativas como la musicoterapia, terapia grupal, terapia ocupacional y otras que pudieran mejorar el estado de ánimo del adulto mayor (Douglas, 2007, p. 12).

Numerosos estudios han indicado que la musicoterapia en los adultos mayores puede contribuir al retardo del deterioro de las facultades físicas y mentales, propiciar la resocialización del anciano marginado al relacionarse con personas de su misma generación, proporcionar la recuperación psicológica y aumentar la autoestima, ya que pueden descubrir que, a pesar de los años, hay habilidades y conocimientos que aún pueden adquirir (Tombs, 1968, p. 45).

En el Perú los servicios de atención al adulto mayor no se encuentran implementados para dar una atención integral, se han implementado tímidamente algunos programas para mejorar el estado psicológico, físico y social del adulto mayor. Aun no se ha sistematizado datos globales a nivel del país sobre los problemas afectivos y mentales del adulto mayor como son los problemas en el estado de ánimo. Algunas estadísticas sobre problemas relacionados muestran que la depresión como problema afectivo o de estado de ánimo, es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos, estos problemas depresivos menores alcanzarían al 30% de la población adulta mayor (MINSA, 2011, p. 28).

En la vida cotidiana, existen cambios naturales en los estados de ánimo. Los problemas diarios que pueden producirse por dificultades familiares, económicas o laborales, son sorteados por las personas de acuerdo a sus capacidades individuales para enfrentar los conflictos. En ocasiones una persona puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan dilemas o contrariedades: decepciones amorosas, separaciones familiares, desempleo, desajustes conyugales, u otros. Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo a las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo. Con respecto a la musicoterapia, un número reducido de centros donde se atiende el adulto mayor la han implementado como medida complementaria para el tratamiento de los diferentes problemas de carácter psicológico en el adulto mayor (MINSA, 2005, p. 31).

En el departamento de Amazonas no se cuenta con información específica sobre problemas de estados de ánimo de adultos mayores o problemas psicológicos, estos se reducen a datos sobre algunas patologías generales que se presentan en poblaciones de tercera edad, sobre todo a nivel urbano. Es así que en la región se reportaron en el año 2010, un total de 1143 casos de trastorno depresivo, de este total un 10% de los casos se dieron en adultos mayores, haciendo un aproximado de

120 casos reportados, sin considerar la magnitud de los subregistros en los establecimientos de primer nivel de atención así como en los servicios hospitalarios. Por otra parte también se reportó en el mismo año un total de 2,349 personas atendidas por problemas de salud mental, correspondiendo un aproximado de 250 casos a los adultos mayores (MINSA, 2011, p. 16).

En cuanto a la musicoterapia se ha visto que las instituciones que se encargan de atender a los adultos mayores no cuentan con una implementación para realizar este tratamiento complementario, la aplicación de la musicoterapia como medida para favorecer el bienestar es nula, ninguna institución a nivel de la región lo utiliza.

En el Hospital Regional Virgen de Fátima se atiende constantemente a adultos mayores, tanto en los servicios de consulta e internamiento. La atención en los programas del adulto mayor es usualmente con tendencia médica curativa, con pocas medidas de prevención que se reducen a consejerías informativas sobre los principales problemas que los aquejan, aun se carece de un registro sistemático de información sobre el diagnóstico e incidencia de problemas afectivos. En el programa del adulto mayor se atienden alrededor 30 adultos mayores, los que asisten de forma regular y reciben la atención por parte del personal asignado.

Con respecto a la aplicación de la musicoterapia en el hospital como medida complementaria no es aplicada, a ello se suma la falta de recursos y equipos necesarios para implementarla. Es por ello que considerando esta problemática internacional, nacional y local se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015?

Considerando que las alteraciones en el estado de ánimo en el adulto mayor son un problema latente que va en incremento y con el paso del tiempo va mostrándose más, puesto que en la actualidad se está prestando más atención a los problemas de este grupo de personas, por tanto como profesionales de la salud debemos abordarla e ir buscando propuestas dirigidas a mejorar el estado de ánimo de las personas de

la tercera edad. El uso de terapias alternativas como la musicoterapia en la etapa de la vejez, además de fomentar y desarrollar la comunicación, ayuda a conservar la estabilidad emocional ante hechos tales como la pérdida de familiares y amigos, evitando la aparición de cuadros depresivos y retardando la evolución de procesos demenciales.

La hipótesis alterna considerada para el estudio fue: La aplicación de la “musicoterapia” mejora significativamente el estado de ánimo del adulto mayor, del Programa del adulto mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas-2015, la que se comprobó en el presente estudio.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan los objetivos, el marco teórico utilizado para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Objetivos Específicos:

- Valorar el estado de ánimo del adulto mayor, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015 antes y después de la aplicación de la musicoterapia.
- Identificar los efectos de la musicoterapia sobre los sentimientos en los adultos mayores, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.
- Identificar los efectos de la musicoterapia sobre los pensamientos en los adultos mayores, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.
- Caracterizar la población objeto de estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del Problema.

A nivel internacional

Valderrama, H. (2012). México. En un estudio sobre la música y los estados de ánimo. Se les hizo escuchar a los sujetos fragmentos de 3 a 5 minutos, con un total del estímulo musical de 47 minutos. Al observar a los sujetos mientras escuchaban, el autor encontró con que estos se mostraban inquietos, cambiaban frecuentemente de posición, jugaban con sus pies y manos. Con los resultados de todas las pruebas en mano y tras su interpretación, el autor concluyó que la música excitante sí afecta el nivel del estado de ansiedad. La explicación es que al no poder realizar ningún tipo de actividad, como por ejemplo bailar, saltar o hablar, se provoca un incremento de la energía generada por el sistema nervioso simpático. Eso se traduce en un incremento en el nivel de la excitación, que la persona sentirá como un aumento en la tensión física y psicológica, lo que se interpreta como que la persona siente ansiedad o al menos incomodidad.

Chicaiza, Cristian y León Verónica (2011). Ecuador. En su estudio "La terapia ocupacional y el estado de ánimo del adulto mayor en el asilo de ancianos del hospital provincial docente Ambato". Como resultados obtuvo que el 67% del total de la población no recibe Actividad Ocupacional, de igual forma un 33% si la recibe pero no de una manera periódica evidenciando la ausencia de Terapia Ocupacional. Un 67% del total de la población de Adultos Mayores presentó depresión, resaltando el 40% con Depresión Establecida de niveles moderada a grave. El 73% de Adultos Mayores presentaron Ansiedad Leve. Se comprueba la hipótesis debido a que la Ausencia de Terapia Ocupacional si influye en el desarrollo de trastornos del Estado de Ánimo, según los porcentajes estadísticos obtenidos.

Ortiz, María (2006). Venezuela. El objetivo de dicha investigación fue determinar los efectos de la música en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados coronarios del Hospital Universitario de Caracas en el segundo trimestre del 2006. El diseño de esta investigación fue de campo cuasi-experimental, la muestra estuvo compuesta por 12 pacientes dividido en dos grupos, grupo control y

experimental; se utilizaron dos instrumentos, una guía de observación para la medición de indicadores fisiológicos (presión arterial, frecuencia respiratoria y cardiaca y dolor) que se aplicó en tres tiempos: antes, durante y después de la música y se utilizó un cuestionario pre-test y post-test de 26 preguntas con cinco alternativas cada una, para la medición del indicador psicológico (alegría, depresión y ansiedad), el cual se aplicó dos tiempos: antes y después de la música y el indicador cognitivo (creatividad). Los resultados demostraron que en el grupo experimento la aplicación de la musicoterapia tuvo efectos positivos sobre los indicadores medidos.

Chapelle, G. (1996). Venezuela. Teniendo como objetivo principal determinar el efecto de la intervención musicoterapeuta sobre las respuestas de estrés en sujetos hipertensos esenciales leves, considerándose la variable sexo a fin de determinar diferencias en la reactividad fisiológica y cognitivo-emocional con respecto a esta variable. La muestra estuvo representada por 150 sujetos diagnosticados como hipertensos, los cuales se distribuyeron en tres grupos de acuerdo al sexo a fin de que quedara el mismo número de hombres y mujeres en dos grupos distintos concluyendo, en base al objetivo planteado, que la reactividad cardiovascular frente al estrés fue menor en un 71% del grupo que escuchó música relajante en comparación con el grupo que escucho música neutra en un 21% y el que no escucho música en un 21%, por otro lado, el grupo que escucho música neutra no fue diferente en su reactividad cardiovascular del grupo que no escuchó ningún tipo de música. Esto indica que la música relajante es efectiva para disminuir la reactividad fisiológica al estrés.

Bonino, G. (1990). Venezuela. Cuyo objetivo fue: Conocer los niveles de autoestima en un grupo de discapacitados visuales, elaborar y aplicar un programa de musicoterapia y conocer los efectos del mismo sobre la autoestima del grupo estudiado. El tipo de diseño de investigación fue preexperimental. La muestra quedó conformada por cinco personas, dos de sexo femenino y tres de sexo masculino, en edades comprendidas entre 14-41 años, quienes eran participantes continuos del Centro de rehabilitación de la Asociación Venezolana de Ciegos. El resultado de la investigación arrojó que el 83% de la población total en estudio

tenían tendencia a la autoestima baja y que los cambios no pueden ser atribuidos únicamente al programa de musicoterapia, ya que la autoestima es un factor producto del grado de bienestar biopsicosocial del ser humano. Este estudio sirve de aporte ya que se estudió un cambio psicológico de los pacientes, el cual fue la autoestima.

A nivel nacional y local

No se encontraron estudios sobre el tema.

3.2.Base Teórica.

3.2.1. Estados de ánimo.

a)Definición

El estado de ánimo no es una situación emocional. Es un estado, una forma de permanecer, de estar cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico. Se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento. Los estados de ánimo suelen tener una determinada valencia, o lo que es lo mismo, se suele hablar de buen y de mal estado de ánimo; activado o deprimido. A diferencia de las emociones, como el miedo o la sorpresa, un estado de ánimo puede durar horas o días. Cuando esta valencia se mantiene habitualmente o es la que predomina a lo largo del tiempo, hablamos de humor dominante o estado fundamental de ánimo (Chirinos, 2005, p.19).

El estado de ánimo sufre oscilaciones a lo largo del tiempo. Cuando sucede dentro de unos límites normales se denomina eutimia. Cuando es anormalmente bajo se llama depresión. Cuando es anormalmente alto se llama hipomanía o manía. La alternancia de fases de depresión con fases de manía se llama trastorno afectivo bipolar. También se diferencian del temperamento o la personalidad, los cuales generalmente no suelen tener una componente temporal, sino que son actitudes permanentes en el tiempo. No obstante, determinados tipos de personalidades, como el optimismo o la neurosis pueden predisponer al sujeto a unos determinados estados de ánimo. Ciertas alteraciones del estado de ánimo como la depresión o el trastorno bipolar forman una clase de patologías denominadas trastornos del estado de ánimo (Wikipedia, 2014, p. 3).

El Estado de Ánimo también se refiere a la emoción generalizada y persistente que establece la forma en que se percibe el mundo. Cada vez que se experimenta un suceso inesperado se activa una emoción. Las asociamos con los quiebres, es decir con interrupciones de nuestra transparencia, término que

en la ontología del lenguaje se utiliza para identificar la continuidad de los sucesos. (Chirinos, 2005, p. 12)

Cuando se habla de emociones, por lo tanto, podemos señalar las circunstancias particulares que las generan. Podemos identificar los acontecimientos que gatillan las emociones. Si estos acontecimientos desaparecen, normalmente las emociones que los acompañan también desaparecen. Las emociones son específicas (identificables y definidas: alegría, rabia, miedo) y reactivas (son respuestas automáticas a los acontecimientos inesperados). Los acontecimientos las preceden. Al referirnos a las emociones, a menudo estamos observando la forma en que ella modifica nuestros horizontes de posibilidades.

Un problema del Estado de Ánimo es la depresión, síndrome caracterizado por el descenso del humor, pensamientos autoderrotistas, negativos, manifestándose también síntomas biológicos en casos más severos. Algunas de estas características del Estado de Ánimo tienen relación con la Autoestima, definida ésta como la confianza y respeto hacia uno mismo, es el sentimiento valorativo del ser, del conjunto de rasgos y de la eficacia personal. (Chirinos, 2005, p.14)

b) Estados de ánimos como marcos conductuales:

Los estados de ánimo son el estado emocional general e indeterminado de la personalidad, en el cual coexisten vivencias de diferente connotación, intensidad y denominación, vinculadas fundamentalmente a la posición subjetiva del individuo respecto a la actividad vital del organismo, las relaciones con el medio y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones. Los estados anímicos enmarcan las conductas desde las cuales se realizan las acciones, mientras que las emociones tienen que ver con la forma en que respondemos a los sucesos. Con los estados de ánimo enmarcamos el horizonte la posibilidad. Cuando estamos en un determinado estado de ánimo, nos comportamos dentro de los parámetros que tal estado determina en las personas (Chirinos, 2005, p.14).

c) Estados anímicos y acción:

Las emociones y estados de ánimo son predisposiciones para la acción. Dependiendo del estado de ánimo en el que se encuentre el individuo, ciertas acciones son posibles y otras no, algunas posibilidades están cerradas y otras no.

Las emociones y estados de ánimo son como lentes, y a través de ellos se observa el mundo. Las diferentes emociones y estados de ánimo son diferentes aperturas al futuro. Los estados de ánimo conforman el mundo en el que uno vive.

d) Los estados de ánimo en contextos sociales:

Los estados de ánimo son contagiosos. Las comunidades determinan el estado de ánimo de los individuos que pertenecen a ellas, pero el conjunto de individuos también determinan el estado de ánimo de sus comunidades. El estado de ánimo colectivo que prevalece en una subasta en la bolsa de valores, por ejemplo, es diferente al de un restaurante de un club de montaña, un domingo por la mañana. Los líderes directivos, gerentes, supervisores son entre otras cosas los diseñadores de los estados de ánimo en sus respectivas áreas de gestión empresarial, los jefes de familia lo hacen en sus respectivos hogares. (Chirinos, 2005, p.15)

e) Tipos de estado de ánimo:

- **Estado de ánimo disfórico:** caracterizado por un sentimiento desagradable. La persona manifiesta mal humor, soledad, tristeza, irritabilidad o ansiedad.
- **Estado de ánimo depresivo:** la persona manifiesta tristeza y apatía la mayor parte del tiempo. En muchas ocasiones es una señal de una futura depresión.
- **Estado de ánimo eufórico:** se encuentra dentro del rango normal del humor. Se caracteriza por la ausencia de un humor depresivo y de un humor elevado.
- **Estado de ánimo expansivo:** se caracteriza por una falta de control en la expresión de los sentimientos

- **Estado de ánimo eufórico:** sentimiento elevado de alegría y bienestar acompañado de sentimientos de grandeza.
- **Estado de ánimo irritable:** susceptible al enfado.

Numerosas investigaciones confirman que existe una relación directa entre el estado de ánimo y nuestra salud. A mayor positividad y asertividad, mayor salud. (OMS, 2008, p. 6)

f) Dimensiones del estado de ánimo

- Sentimientos

Sentimiento se refiere a un estado de ánimo como a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por tanto, es un estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, recuerdo o situación en general. El sentimiento es un estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, un hecho o una persona. (OMS, 2008, p.16)

El sentimiento es el resultado de las emociones. Esta respuesta está mediada por neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, capacitándoles para reaccionar a los eventos de la vida diaria al drenarse una sustancia producida en el cerebro, hay muchos sentimientos. (Wikipedia, 2014, p. 2)

Los estímulos emotivos, adecuadamente sostenidos en el tiempo, pueden hacer nacer el sentimiento de (por ejemplo) amor romántico, que no es más que la expresión del sistema límbico por continuar viéndose sometido a las cargas emocionales necesarias que equilibran y liberan de ciertos rasgos no preferentes del estado anímico, y que por reacción hace creer que encamina a un estado de flujo que permitirá sostener el estado felicidad. Así, la mente establece el objetivo y los hechos fomentan o contrarrestan su consecución y preservación. La variación del estado preferente que hace la mente del objetivo, induce en ella como principio la

emoción que podría desencadenar un sentimiento que la motiva a actuar. (OMS, 2008, p.14)

Los sentimientos son el resultado de las emociones. La palabra sentimiento viene del verbo “sentir” y se refiere a un estado de ánimo afectivo, por lo general de larga duración, que se presenta en el sujeto como producto de las emociones que le hace experimentar algo o alguien. La palabra sentimiento en un principio se utilizaba para referirse a todas las experiencias sensoriales y subjetivas, sin embargo, actualmente en el campo de la psicología se usa para designar las experiencias subjetivas que forman parte de los individuos y que son el fruto de las emociones. (Fundación del Empresariado Chihuahuense, 2009, p.13)

El desarrollo de la empatía es lo que permite a las personas poder entender los sentimientos de los demás. Los sentimientos pueden ser de corto o largo plazo, pero generalmente suelen mantenerse durante largos periodos de tiempo. Por ejemplo, los sentimientos de amor en algunos casos suelen durar mucho tiempo. Otros ejemplos de sentimientos incluyen los celos y el dolor o sufrimiento. (Fundación del Empresariado Chihuahuense, 2009, p.8)

– **Pensamientos**

El pensamiento es la actividad y creación de la mente; dicese de todo aquello que es traído a existencia mediante la actividad del intelecto. El término es comúnmente utilizado como forma genérica que define todos los productos que la mente puede generar incluyendo las actividades racionales del intelecto o las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es considerado pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc. Se considera pensamiento también la coordinación del trabajo creativo de múltiples individuos con una perspectiva unificada en el contexto de una institución. Según la definición teórica, el pensamiento es aquello que se trae a la realidad por medio de la actividad intelectual. Por eso, puede decirse que los

pensamientos son productos elaborados por la mente, que pueden aparecer por procesos racionales del intelecto o bien por abstracciones de la imaginación. (Wikipedia, 2014, p.2)

Existe tal cantidad de aspectos relacionados con el pensamiento, que dar una definición resulta difícil. De las muchas definiciones que podrían darse, algunas de ellas lo consideran como una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo, o como lo que ocurre en la experiencia cuando un organismo se enfrenta a un problema, lo conoce y lo resuelve. Podríamos también definirlo como la capacidad de anticipar las consecuencias de la conducta sin realizarla. El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje, etc. Es una experiencia interna e intrasubjetiva. El pensamiento tiene una serie de características particulares, que lo diferencian de otros procesos, como por ejemplo, que no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan, pero la más importante es su función de resolver problemas y razonar. (Files, 2013, p.17)

Los pensamientos casi siempre afectan nuestro estado de ánimo, si estamos conscientes de nuestros diferentes tipos de pensamientos, podremos usarlos para lograr tener un estado de ánimo más saludable. Es por esto que es importante cuidar tus pensamientos porque al final ellos son los que alteran tu estado de ánimo.

Los pensamientos son esa voz en la cabeza que constantemente está hablando. Es fácil identificarla, solo basta que uno se siente y trate de dejar de pensar en nada en particular... una vez lo intentas vas a notar como tu voz te habla, te dice lo que tienes que hacer en las próximas horas, quizás incluso te mencione que estas "perdiendo el tiempo" haciendo ese este tipo de ejercicios. Los pensamientos también se asemejan como a un tren que es difícil de parar. Empiezas pensando en algo en particular y te dejas llevar de una manera muy rápida apareciendo imágenes, videos relacionados al tema que pensaste inicialmente. Lo malo es que quizás por

la misma naturaleza humana casi siempre tenemos pensamientos de preocupación y de carácter negativo porque de esa manera nos preparamos para cualquier eventualidad, siempre estamos a la defensiva. (Files, 2013, p.15)

g) Categorías del estado de animo

- Estado de ánimo muy positivo

Es una actitud o disposición emocional en un momento determinado, es favorable para la persona, incluye sentimientos y pensamientos propicios para el adulto mayor que permiten y promueven su bienestar. Se expresa matices de satisfacción, de bienestar y de felicidad.

- Estado de ánimo positivo

Es una actitud o disposición emocional en un momento determinado, no es una situación emocional transitoria, es medianamente favorable para la persona, incluye sentimientos y pensamientos propicios, aunque no en su totalidad para el adulto mayor que le permiten promover su bienestar

- Estado de ánimo ni negativo ni positivo

Es una actitud o disposición emocional de indiferencia en un momento determinado, no es favorable para la persona, incluye sentimientos y pensamientos de indiferencia que no permiten promover el bienestar del adulto mayor. Algunos estados afectivos se caracterizan a la inversa de los precedentes por una frialdad, una neutralidad, una atonía, por el carácter indiferenciado del humor, el cual parece inaccesible a los estímulos habituales.

- Estado de ánimo negativo

Es una actitud o disposición emocional de negatividad en un momento determinado y no es una situación emocional transitoria, no es favorable para la persona, incluye sentimientos y pensamientos negativos que no permiten promover el bienestar del adulto mayor.

- **Estado de ánimo muy negativo**

Es una actitud o disposición emocional muy negativo en un momento determinado, no es favorable para la persona, incluye sentimientos y pensamientos muy negativos que no permiten promover el bienestar del adulto mayor. Expresan matices desde la morosidad, de la languidez, de la nostalgia, de la ideación suicida, del desaliento, hasta la depresión.

h) Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son una categoría de problemas de salud mental que incluyen todos los tipos de depresión y de trastorno bipolar, los trastornos del estado de ánimo, a menudo se denominan trastornos afectivos. Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos o adultos mayores. (Chart, 2012, p.32). Los siguientes, son los tipos de trastornos del estado de ánimo:

- **Depresión grave** - estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos, que se prolonga, al menos, por dos semanas
- **Trastorno distímico (distimia)** - estado de ánimo crónico, de bajo grado, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año
- **Trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo)** - episodios maníacos (período de euforia), generalmente intercalados con períodos de depresión
- **Trastorno del estado de ánimo debido a una afección médica general** - muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar síntomas de depresión
- **Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias** - síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación u otras formas de tratamiento, drogadicción o exposición a toxinas (Chart, 2012, p 32).

Los síntomas de los trastornos del estado de ánimo pueden ser los siguientes:

- Sentimientos persistentes de tristeza
- Sentimiento de desesperanza o desamparo
- Baja autoestima
- Sensación de ineptitud
- Culpabilidad excesiva
- Deseos de morir
- Pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban
- Dificultad en las relaciones
- Alteraciones del sueño (por ejemplo, insomnio, hipersomnias)
- Cambios del apetito o del peso
- Disminución de la energía
- Dificultad para concentrarse
- Disminución de la capacidad de tomar decisiones
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga)
- Intentos o amenazas de escaparse del hogar
- Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo
- Irritabilidad, hostilidad, agresión. (Chart, 2012, p. 11)

3.2.2. Musicoterapia

La musicoterapia es “La aplicación científica del arte de la música con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano” (Poch, 1999, p. 43).

“La musicoterapia es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta (Ruggero, 2011, p.36).

“Música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes (ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal). Terapia tiene que ver en “cómo” puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan (Ruggero, 2011, p.37).

a) Efectos terapéuticos de la música

La música es capaz de producir cambios en el ser humano a todos los niveles: biológicos, fisiológicos, intelectual, social, espiritual; es de este hecho precisamente donde reside el valor terapéutico de la música. Los principales efectos de la música sobre la persona, se centran en tres áreas fundamentales: fisiológica, psicológica e intelectual. De la integración y proyección de estas tres áreas podemos hablar también de efectos sociales y más allá, de trascendentes o divinos.

Efectos fisiológicos: desarrolla el sentido del oído, enseña a conocer y organizar el mundo de los sonidos. Altera el ritmo cardíaco, el pulso, la presión de la sangre, la respiración, la respuesta galvánica de la piel. Influye en las respuestas musculares y motoras: en el reflejo pupilar, los movimientos peristálticos del estómago, incrementa la actividad muscular, tiene efectos relajantes. Afecta a los niveles de resistencia al dolor y la respuesta cerebral

Efectos psicológicos: facilita los fenómenos de catarsis y sublimación. La música estimulante aumenta la energía corporal y estimula las emociones. La música sedante produce sedación física y una respuesta intelectual contemplativa. Puede evocar, despertar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier emoción o sentimiento humano. Puede expresar sentimientos de miedo, odio, amor, alegría, ternura, desesperación, angustia, misterio...

Efectos intelectuales: Ayuda a desarrollar la capacidad de atención sostenida, por su inmediatez, persistencia y constante variedad. Facilita volver a la realidad, estimula la imaginación, la capacidad creadora y la

reflexión. Ayuda al niño a transformar el pensamiento pre-lógico en lógico, debido a que la música hace tomar consciencia del tiempo sin apagar la afectividad. Ayuda a desarrollar la memoria y a activarla. Desarrolla el sentido del orden y la capacidad de análisis. Facilita el aprendizaje, al mantener en actividad las neuronas cerebrales. Promueve la autoeducación, ya que implica aceptar o rechazar el sonido escuchado. Ejercita el autodomio en la modulación de la voz y en el movimiento corporal. (Ruggero, 2011, p.52)

En confluencia con estos tres efectos principales, la música posibilita una experiencia de relación con los demás, ofreciendo medios para expresarse de manera socialmente aceptable, orientando la conducta hacia los otros, fomentando la comunicación verbal y no-verbal, permitiendo la cooperación y la competición sana, facilitando el aprendizaje de habilidades sociales y proporcionando entretenimiento y recreo. (Ruggero, 2011. p. 31)

Efectos en el dolor

Se define dolor como “una sensación desagradable, que indica el daño producido en un tejido o la posibilidad de que esto ocurra, Reflejo de la necesidad evolutiva de un sistema de alarma para proteger al huésped de una lesión tisular (Contreras, 1997. p. 18). Como terapéutica médica la musicoterapia se utiliza para aliviar el dolor gracias a su eficacia como analgésico. El campo de la salud pionera en este sentido fue la odontología, posteriormente en cirugía de pacientes ginecológicos, de traumatología y de obstetricia (Serrano, 2006, p. 16).

Efecto en el miedo

El miedo es una sensación de temor, que puede ocasionar aumento de la frecuencia cardiaca, palidez, decaimiento, sudoración, respiración irregular, dilatación pupilar, frecuencia de la micción, mirada perdida, pensamientos negativos, resequedad de las mucosas, entre otros (Gray, 2002, p. 13). La música ya que puede actuar sobre el sistema nervioso central, puede producir efectos sedantes, relajantes y como se mencionó en el apartado

anterior, puede constituir un elemento que, aplicado como terapia, ocasione distracción y disminuya el sentimiento de temor o miedo que puedan presentar las gestantes durante el proceso de parto. Según (Poch, 1999, p. 15).

b) Efectos de la música en los estados de ánimo

Ya desde los principios de la historia se pueden rastrear menciones a que la música afecta el estado de ánimo. Los griegos fueron los primeros en sistematizar el efecto de la música sobre la conducta humana, decían que podía aliviar a los deprimidos y detener a los violentos. Hoy en día se han llegado a crear terapias alternativas que tienen como base la música, un ejemplo claro es la musicoterapia. La música excitante sí afecta el nivel del estado de ansiedad. La explicación es que al no poder realizar ningún tipo de actividad, como por ejemplo bailar, saltar o hablar, se provoca un incremento de la energía generada por el sistema nervioso simpático. Eso se traduce en un incremento en el nivel de la excitación, que la persona sentirá como un aumento en la tensión física y psicológica, lo que se interpreta como que la persona siente ansiedad o al menos incomodidad. (Valderrama, 2012, p. 56)

Tipos de música para cada estado de ánimo: A partir de lo explicado anteriormente, podemos interpretar que también existiría o se podría relacionar distintos tipos de música para cada estado de ánimo. De este modo, por ejemplo, se puede decir que las notas de una escala mayor podrían estimular más el movimiento la alegría y el querer expresarse de manera externa, mientras que las notas de escala menor se llegarían a relacionar con la tristeza y con sentimientos muy profundos.

De todos modos dependiendo de cómo se toque esas notas (en relación a la velocidad y al ritmo, el tipo de instrumento, el contexto, etc...), el estado de ánimo pueden variar e incluso interpretarse de modo diferente dependiendo de cada individuo. Por ejemplo, imagina una escala menor tocada alegremente con un violín y a cierta velocidad puede producir alegría

mientras que una escala mayor tocada lentamente puede llegar a resultar muy triste. (Valderrama, 2012, p. 38)

c) La musicoterapia en el adulto mayor

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

La Musicoterapia es una disciplina científica que estudia e investiga la relación del ser humano con el sonido, la música, el ritmo, etc. Es una especialidad que aprovecha una serie de recursos expresivos tales como la música, el sonido, el silencio, la palabra, la voz, el ruido, los gestos y los movimientos corporales para configurar una estructura integrada de expresión, promoviendo la salud física y mental. (Valderrama, 2012, p. 42)

En Musicoterapia se crea un espacio donde la persona pueda crear, jugar, expresarse, encontrarse con sus sonidos y con el otro. El espacio musicoterapéutico es un ámbito en el que se promueve la manifestación emocional y la actividad lúdica, donde las percepciones, sensaciones y vivencias corporales son el punto de partida para que la persona pueda encontrarse con sus propias posibilidades, con su cuerpo y sus sonidos. En el juego sonoro la música puede actuar como disparador de nuevos pensamientos e ideas creativas. A partir del trabajo creativo la persona puede rehacer, recuperar, reconstruir su mundo pasado y presente, construyendo así su propia historia sonora.

Al momento de plantear las actividades, se tienen en cuenta las necesidades de cada persona tales como: El reconocimiento como individuo, con sus expectativas e inquietudes, las cuales se deben intentar satisfacer, ser miembro activo, capaz y útil, considerando su capacidad física, mental y emocional, oportunidad de autoexpresión, sentimientos de valoración. (Valderrama, 2012, p. 42).

En el ámbito de la musicoterapia y la vejez, el principal objetivo consistirá en que el adulto mayor descubra, a través de la experiencia expresiva formas de transitar las problemáticas propias de esta etapa. La experiencia expresiva musical y/o sonora del pasado, adquiere un valor vital, resignificada en el presente. Será desde allí donde el musicoterapeuta abordará los procesos individuales: la historia de vida y la subjetividad. La modalidad a implementar puede ser de trabajo grupal o individual, en instituciones geriátricas, centros de jubilados, hospitales de día; asimismo los tratamientos podrán ser también con gerontes no institucionalizados, atención en consultorio o a domicilio. (Valderrama, 2012, p. 42)

El trabajo en musicoterapia en el área de la vejez, apunta a trabajar sobre los distintos aspectos emocionales, sociales y cognitivos que interfieren en la vida del adulto mayor. Se pueden presentar patologías como demencias, depresiones, accidentes cerebro vasculares, etc. También aspectos ligados a la prevención y al envejecimiento saludable. Desde que nacemos lo sonoro y lo musical nos acompañan permanentemente. No es condición que el paciente tenga algún conocimiento musical, ni que sepa tocar instrumentos musicales, sino que sea de su interés y elija participar de este espacio. (Valderrama, 2012, p. 42)

La musicoterapia o terapia musical se refiere al uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) con el fin de satisfacer el bienestar físico, emocional, mental, social y cognitivo. Esta terapia se basa en el principio de que todos los malestares tienen su origen en el cerebro, el cual manda señales al organismo produciendo como consecuencia diversos padecimientos. Se ha evidenciado que la música genera en nuestro organismo ondas electromagnéticas cerebrales coherentes, lo cual ordena nuestras funciones. La estimulación del funcionamiento del mismo mediante agentes externos (en este caso la música) produce efectos directos tanto en nuestras funciones cognitivas como en nuestra fisiología.

Mediante la musicoterapia se envían al cerebro sensaciones que lo llevan a la relajación, por lo tanto se anulan los impulsos que producen la enfermedad, obteniendo en la mayoría de las ocasiones muy buenos resultados. (Valderrama, 2012, p. 42)

Su 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. La música también provoca reacciones en el sistema nervioso, despertando su dinamismo e influyendo principalmente en la memoria y en la actividad intelectual. En casos de estrés, el cual es percibido por el cerebro, e musicoterapeuta da a escuchar al paciente fragmentos musicales específicos, ayudándolo a contraatacar el efecto negativo.

Características de la musicoterapia

- La música se usa como un medio para producir cambios.
- El proceso de la terapia es abierto, experimental, interactivo y evolutivo.
- Los contenidos en la musicoterapia son dinámicos y se van creando a lo largo del proceso.
- Sus objetivos pueden ser individuales y particulares
- En la musicoterapia solo se considera el valor terapéutico de las ejecuciones, no la calidad de éstas.
- Se tiene muy en cuenta la valoración inicial y evalúa según los objetivos dinámicos que han sido fijados tras la valoración previa.
- La relación se establece entre musicoterapeuta y clientes, creando una alianza terapéutica de ayuda es decir, los contenidos residen en el propio cliente (Valderrama, 2012, p. 35).

3.2.3. Adulto mayor:

a) Definición:

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

- Tercera edad: 60 – 74 años
- Cuarta edad: 75 – 89 años
- Longevos: 90 – 99 años
- Centenarios: Más de 100 años

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (Fong, 2002, p. 21)

El adulto mayor aporta a nuestra sociedad experiencias, conocimientos que ha adquirido a lo largo de su vida, en algunas ocasiones sus consejos han contribuido al cambio del rumbo de la historia, pues detrás de las arrugas y canas dejadas por el tiempo, el adulto mayor ayuda a ver con sabiduría y experiencia sus vivencias, guardadas en su memoria colectiva. En países latinoamericanos, la población geriátrica se ve abandonada por los mismos familiares sin tener conciencia que los adultos mayores son seres humanos que necesitan cuidados, atención y sobretodo ocupar su tiempo libre en actividades que puedan realizar aptas a su edad. En Yucatán se ha planteado a nivel político sobre una Ley de Protección al Adulto Mayor en donde se le brindarán algunos beneficios, esperando que la Ley sea provechosa para el adulto mayor y que pueda motivarnos a darles un apoyo. Las personas adultas mayores que manifiestan enfermedades o deterioro físico, son excluidas tanto

a nivel social como familiar, se les niega oportunidades para mejorar su salud, volviéndose una carga para la sociedad y la familia. (Fong, 2002, p.22)

En su teoría de las etapas psicosociales del desarrollo de la personalidad; Erickson consideraba la integración de la personalidad como la etapa última del desarrollo. Para este autor la vida gira en torno a la persona y el medio, así cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión. (Fong, 2002, p. 23)

b) El adulto mayor y los cambios de la edad:

Los avances tecnológicos y la transición demográfica, facilitan hoy en día un rápido incremento de la población de la tercera edad, que corresponde a los mayores de 60 años y que en su conjunto en el año 2000 representaban el 10% de la población total del planeta. (OMS, 2005, p. 33)

Sin embargo, los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante esta etapa parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. (Fong, 2002, p. 34)

En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1975 en Fernández-Ballesteros, 1999), como el eje de la calidad de vida de los ancianos. A medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica. Estos cambios son progresivos e inevitables pero se ha demostrado en varias investigaciones, que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física. En efecto, el ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los adultos mayores. (Fong, 2002, p.23)

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo, aparecen cambios que afectan: la masa metabólica activa, el tamaño y función de los músculos, el sistema esquelético, la respiración, el aparato cardiovascular, los riñones, las glándulas sexuales, los receptores sensoriales, la médula ósea y los glóbulos rojos. Si bien es cierto que se dan diferentes cambios físicos, cognitivos y emocionales en las personas adultas mayores, se han creado muchos mitos a su alrededor, los cuales deben clarificarse y por lo tanto se hace un análisis a continuación respecto a ellos. (Fong, 2002, p. 3)

3.2.4. Teorías y modelos.

a) Callista Roy teoría de la adaptación

Roy utiliza tres componentes abstractos: el estímulo ambiental, los procesos de afrontamiento y los modos adaptativos, los cuales se interrelacionan permanentemente, Dentro del contexto, los individuos y los grupos son considerados como un sistema adaptativo cuyo comportamiento es una respuesta al estímulo ambiental Roy identifica tres tipos de estímulos ambientales: el focal, el contextual y el residual, los que considera como una fuerza de constante cambio que afecta a los individuos y los grupos. El estímulo focal es el que confronta de manera inmediata un individuo; el estímulo contextual es el que contribuye directamente a las respuestas del individuo, y el estímulo residual es el o los factores desconocidos que pueden afectar al individuo. Cuando un estímulo residual se identifica, se convierte en un estímulo contextual pero puede volverse un estímulo focal. (Reeder, 1995, p. 87)

Estimulo focal: es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. Las personas enfocan toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser

adaptativa o inefectiva, en el caso del presente proyecto, dirigido a los padres de los recién nacidos hospitalizados neonatología.

Estímulo contextuales: son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, ayudan a mejorar o a empeorar la situación.

Estímulos residuales: son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo no es claro en la situación actual. Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación. Es el proceso cognitivo, se establece una interacción permanente entre la persona y el medio ambiente, donde se generan diferentes situaciones estresantes, los cuales deben ser controladas por la persona para mantener un estado de equilibrio. (Reeder, 1995, p. 87)

b) Teoría de la musicoterapia

“El uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad.”

“La musicoterapia es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de esta.

Según Thayer Gaston, la “Música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión,

dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes (ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal). Terapia tiene que ver en “cómo” puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan.” (Ruggero, 2011, p. 43)

Según Serafina Poch “La aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”. Por otra parte según Juliet Alvin: “Es el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación y entrenamiento de adultos y niños con trastornos físicos y mentales”. (Ruggero, 2011, p. 43)

Se puede destacar como aspectos fundamentales de las anteriores definiciones los siguientes: el estudio del comportamiento humano en relación con la música, su doble vertiente como técnica mixta entre ciencia y arte creativa, y sus objetivos terapéuticos. Los problemas o necesidades a los que se hace referencia, son abordados en algunos casos directamente con música y en otros se afrontan a través de las relaciones interpersonales que se desarrollan entre el paciente, el terapeuta y/o el grupo. (Ruggero, 2011, p. 63)

En un contexto musicoterapéutico, la música no es siempre un arte y no siempre tiene como resultado la música por sí misma. “Los musicoterapeutas se esfuerzan en tocar música de la máxima calidad artística, sin embargo ellos siempre aceptan la improvisación del paciente sea cual sea su nivel e independientemente de su mérito artístico o estético.” No se puede hablar de educación musical como sinónimo de musicoterapia. La musicoterapia:

- No busca desarrollar unas capacidades musicales determinadas.
- No busca el desarrollo de una sensibilidad estética específica.
- Busca la comunicación con el paciente
- Busca la expresión del paciente a través de la música.

De su carácter científico dan cuenta los diferentes métodos y procedimientos fruto de la investigación en diferentes ámbitos e implica también que cualquier actividad musical aislada no es terapéutica en sí misma. (Ruggero, 2011, p. 18)

Indicaciones de la Musicoterapia y su división

La musicoterapia puede ser utilizada en todos aquellos ámbitos y situaciones diagnósticas que reúnan las siguientes características básicas:

- Situaciones de bloqueo de la comunicación interpersonal (inhibición, autismo, problemas de expresión, etc.)
- Estados de ansiedad que sean facilitados por la relajación y la expresión corporal, que impliquen un proceso previo de facilitación para la posterior aplicación de una psicoterapia de tipo verbal.

Los objetivos generales de la musicoterapia, pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Autoconocimiento físico, emocional, intelectual y social.
- Conocimiento de otros y comunicación interpersonal.
- Conocimiento del entorno físico.
- Expresión verbal y afectiva.
- Sensibilización de las áreas sensoriomotrices y su integración (niveles de conciencia, partes de uno mismo, conocimiento temporal, etc.). (Ruggero, 2011, p. 46)

Según Poch, la musicoterapia se divide en curativa y preventiva, siendo sus ámbitos de actuación los siguientes: (Ruggero, 2011, p.56)

En musicoterapia curativa:

- Como ayuda en el diagnóstico clínico.
- En maternología, con niños prematuros y recién nacidos.
- En rehabilitación y estimulación precoz.
- En educación especial.
- En psiquiatría infantil, de adolescentes y adultos.

- En geriatría y geropsiquiatría.
- En drogodependencias.
- En anorexia y bulimia.
- En problemas de pareja y terapia familiar.
- En disminuciones de origen neurológico (parálisis cerebral, epilepsia, problemas de lenguaje, etc.)
- En disminuciones físicas y sensoriales (espinas bífidas, distrofia muscular, amputados, ciegos y sordos con problemas emocionales).
- En cirugía y odontología como preparación y ayuda a la recuperación.
- En unidades paliativas del dolor.
- En oncología, con enfermos terminales.
- En centros de rehabilitación social, etc.

En musicoterapia preventiva:

- Autoayuda a nivel personal.
- En períodos de gestación y primera infancia.
- En parvularios.
- En educación preescolar y primaria.
- En actividades de tiempo libre y colonias.
- En centros jóvenes y adolescentes.
- En centros sociales para la tercera edad.
- En música funcional en el trabajo.
- En los medios de comunicación social.
- otros.

Principios de la musicoterapia

- **Teoría griega del ethos:** los griegos fueron los primeros en señalar la capacidad de la música para influir en el ser humano, creando determinados estados de ánimo. “Entre los movimientos de la música y los movimientos físicos y psíquicos del hombre existen relaciones íntimas que hacen posible a la música ejercer

un determinado influjo sobre el estado fisiológico y el estado anímico del ser humano”.

- **Principio homeostático de Altshuler:** Hace referencia a la tendencia del organismo a funcionar bien en todo momento, ejerciendo un control automático para mantener la salud corporal en equilibrio. La música se comporta en este caso como un factor de homeostasis, ya que el ritmo y la melodía son fuertes reguladores. Este efecto es muy evidente cuando actúa sobre la agresividad humana.

- **Principio de ISO: del griego “igual”.** Se refiere a la identidad sonora profunda del ser humano, a aquella con la que se identifica la persona con mayor plenitud. Altshuler descubrió que “los pacientes depresivos pueden ser estimulados con mayor prontitud con música triste que con música alegre”. El principio de ISO recomienda utilizar en la terapia un tipo de música similar o igual al estado de ánimo del paciente. (Ruggero, 2011, p. 54)

- **Principio de liberación de Cid:** este principio tiene relación directa con la capacidad de la música para estimular la imaginación y la fantasía, ayudando a evadir determinadas realidades. Según Cid, “si los médicos hubieran reflexionado sobre la música y su modo de obrar, habrían sustituido el penoso, largo y dispendioso remedio del viajar, por el barato, fácil, inocente y eficazísimo de la música, puesto que en cada momento se renuevan de mil modos los objetos”. La aplicación de este principio es sumamente eficaz con pacientes que se encuentran hospitalizados o ingresados en instituciones.

- **Principio de compensación de Poch:** se refiere a que todos buscamos en la música aquello que nos falta en un momento determinado.

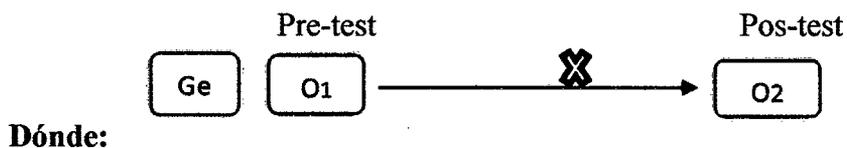
- **Principio del placer de Altshuler:** el goce como restauración nace cuando se elimina un estado de desequilibrio y de desorden. Por otro lado, cuando algo nos emociona sin que con ello consigamos satisfacer ninguna necesidad concreta. Esto ocurre cuando la persona se proyecta en la obra musical, identificándose con los sentimientos que cree se derivan de ella. (Ruggero, 2011, p. 57)

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño de contrastación de la hipótesis.

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo porque se usó la recolección de datos para probar hipótesis con base a la medición numérica y el análisis estadístico, de nivel explicativo cuasi experimental porque se planteó relaciones de causalidad, de corte longitudinal porque la variable de estudio fue medida en dos o más ocasiones; por ello, de realizar comparaciones (antes – después) son entre medidas repetidas y prospectivo porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición (Supo, 2014).

El diagrama del diseño de investigación fue el siguiente:



Ge: Grupo experimental

O1: Medición inicial del estado de ánimo (pre-test)

X: Estímulo de musicoterapia.

O2: Medición final del estado de ánimo. (Pos-test)

4.2. Universo

El universo estuvo constituido por los adultos mayores asistentes de forma regular al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima, los cuales son en número de 30. (Fuente: Registro del usuarios regulares del programa, 2015).

Población/Muestra: La población muestral estuvo constituida por 20 adultos mayores, dado que algunos adultos mayores fueron retirados del estudio de acuerdo a criterios de exclusión e inclusión.

Criterio de inclusión:

- ✓ Adultos mayores sin trastornos psicológicos considerables
- ✓ Adultos mayores que desearon participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- ✓ Adultos mayores que no pudieron escuchar.
- ✓ Adultos mayores que no asistieron a dicha sesión.

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método: Encuesta (Canales, 2005, p. 24).

Técnica: Cuestionario (Canales, 2005, p. 24).

Instrumentos:

Para la variable: estado de ánimo se utilizó el instrumento: escala de evaluación del estado de ánimo del adulto mayor (EVEA), elaborado por Sanz, J (2001); el instrumento permite evaluar el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado, consta de 30 ítems con una escala dicotómica (si o no) distribuidos de la siguiente manera:

- Dimensión de sentimientos: 16 ítems
- Dimensión de pensamientos: 14 ítems

Para efectos de la puntuación en los ítems 1,2,4,5,8,9,10,11,13,16,19,20, 22,23,24,26,27,28,29,30, las respuesta NO fue igual a 1, y la respuesta SI fue igual a 0.

En el caso de la puntuación en los ítems 3, 6,7, 12, 14,15, 17,18, 21, 25 la respuesta NO fue igual a 0, y la respuesta SI fue igual a 1.

El instrumento permite medir el estado de ánimo según dimensiones de la siguiente manera:

Dimensión sentimientos

- Muy negativo (0-3 puntos)
- Negativo (4-6 puntos)
- Ni positivo ni negativo. (7-9 puntos)
- Positivo (10-12 puntos)

- Muy positivo (13-16 puntos)

Dimensión pensamientos.

- Muy negativo (0-2 puntos)
- Negativo (3-56 puntos)
- Ni positivo ni negativo. (6-8 puntos)
- Positivo (9-11 puntos)
- Muy positivo (12-14 puntos)

La puntuación la variable estados de ánimo es la siguiente:

- Muy negativo : 0-6 puntos
- Negativo : 7-12 puntos
- Ni positivo ni negativo : 13-18 puntos
- Positivo : 19-24 puntos
- Muy positivo : 25-30 puntos

Para la variable: Aplicación de la Musicoterapia se utilizó una sesión de musicoterapia durante 20 minutos a los adultos mayores, la cual fue elaborada por el investigador siguiendo las recomendaciones teóricas y metodológicas de la musicoterapia. La sesión de musicoterapia así como la programación de las actividades de la sesión se detallan con los tiempos determinados para cada uno de ellos los anexos.

Validez y confiabilidad del instrumento

Existen varios estudios que han obtenido buenos índices de validez convergente de la EVEA. Por ejemplo, Pacheco-Unguetti et al. (2010) encontraron una correlación muy alta de 0,81 entre la EVEA y la subescala de ansiedad estado del STAI. Sanz et al. (2013), encontraron un coeficiente de correlación medio de 0,52 entre ambos instrumentos. Finalmente, Pino-Sedeño et al. (2010), encontraron que las subescalas de la EVEA correlacionaban 0,64 y 0,74. La validez de criterio de la escala de evaluación del estado de ánimo del adulto mayor (EVEA), evaluada mediante el procedimiento de comparar grupos contrastados ha sido examinada en cuatro estudios (Pacheco-Unguetti et al., 2011; Provencio Ortega, 2012; Romero

Martín, 2012; Sanz et al., 2013). La validez factorial de la EVEA también es buena, habiéndose encontrado de forma coincidente en dos estudios con estudiantes universitarios cuatro factores definidos perfectamente por los ítems que componen las cuatro subescalas del instrumento. (Anexo 5)

En cuanto a la confiabilidad del instrumento existen varios estudios que avalan la fiabilidad de la EVEA en diferentes muestras. Una revisión de tales estudios ha encontrado, a partir de muestras que totalizaban entre 542 y 1269 participantes, coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88. En cuanto a la fiabilidad test-retest, Sanz (2001) informó que, tras la inducción de un estado de ánimo neutro mediante música, los coeficientes test-retest a los siete minutos para dos muestras de 88 y 20 personas eran, respectivamente, 0,64 y 0,62. (Anexo 5)

Procedimiento de Recolección de Datos

- Se solicitó a la Facultad de Ciencias de la Salud la realización del trámite de permiso al Hospital Regional Virgen de Fátima a fin de iniciar la ejecución del proyecto de investigación
- Se coordinó con la responsable o coordinadora del programa de atención al Adulto Mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima para la ejecución de la investigación.
- Se identificó a los adultos mayores que participaran en el estudio y se solicitó su consentimiento informado.
- Las sesiones de musicoterapia se realizaron en un ambiente adecuado, de preferencia dentro del hospital, para ello se hicieron las coordinaciones previas
- Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos,
- Se realizó la medición del estado de ánimo del adulto antes y después de la sesión de musicoterapia.
- Se registraron los datos en los instrumentos correspondientes y se agradeció a los adultos mayores por el apoyo brindado.
- Finalmente se procedió a procesar y analizar los resultados obtenidos.

4.4. Análisis de datos

La información fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. El análisis estadístico para determinar los efectos de la musicoterapia se realizó mediante la prueba de T de Student, considerando niveles de significancia de 0.05 y una confiabilidad de 95%. Los resultados se presentan a continuación mediante tablas simples, de contingencia y gráficos de barra.

V. RESULTADOS

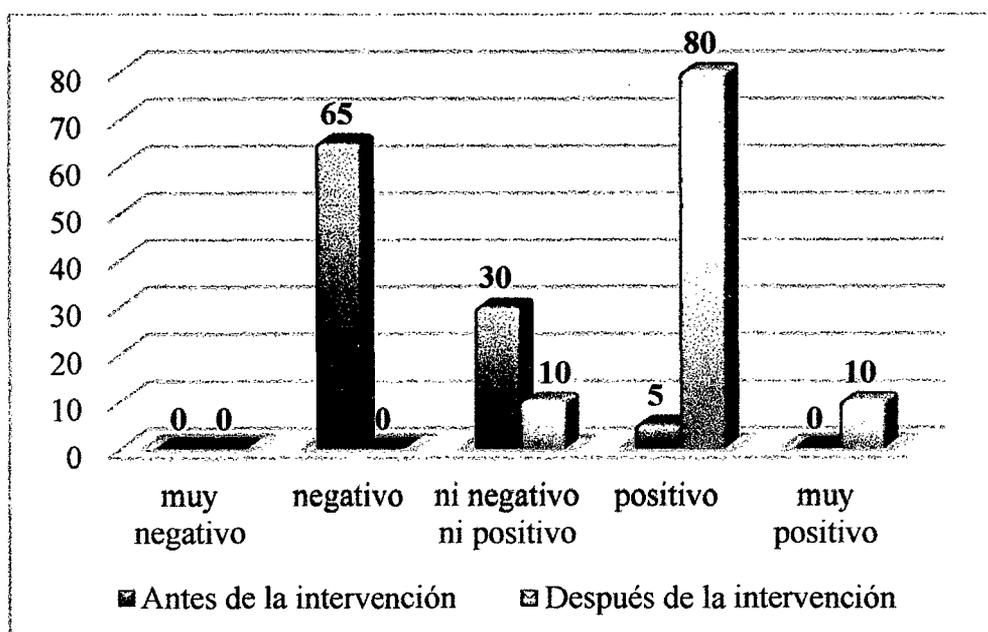
Tabla 01: Estado de ánimo de los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo	Antes de las sesiones de musicoterapia		Después de las sesiones de musicoterapia	
	fi	%	fi	%
	Muy negativo	0	0	0
Negativo	13	65	0	0
Ni negativo ni positivo	6	30	2	10
Positivo	1	5	16	80
Muy positivo	0	0	2	10
Total	20	100	20	100

Fuente: Escala de evaluación del estado de ánimo (EVEA) aplicado, 2015

T-Student: $t_c = -10.639$ $p = 0.000 < 0.05$

Gráfico 01: Estado de ánimo de los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.



Fuente: Tabla 01

Descripción:

En la tabla y gráfico 01; se observa que del 100% (20) de adultos mayores, el 65 % (13) presentó un estado de ánimo negativo, el 30% (6) un estado de ánimo ni negativo ni positivo y un 5 % (1) un estado de ánimo positivo antes de realizar la intervención, es decir el desarrollo de las sesiones de musicoterapia.

Después de las sesiones de musicoterapia, se observa que del 100% (20) de adultos mayores, el 10 % (2) presentó un estado de ánimo ni positivo ni negativo, el 80 % (16) un estado de ánimo positivo y un 10 % (2) un estado de ánimo muy positivo, notándose claramente el cambio en el estado de ánimo de los adultos mayores, hacia estados más positivos.

Con respecto a la contrastación de la hipótesis para determinar los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo de los adultos mayores en estudio, los resultados de la prueba estadística T-student ($t_c = -10.639$, $p = 0.000 < 0.05$) muestran que el estado de ánimo de los adultos mayores mejora significativamente después de las sesiones de musicoterapia, siendo estos más positivos.

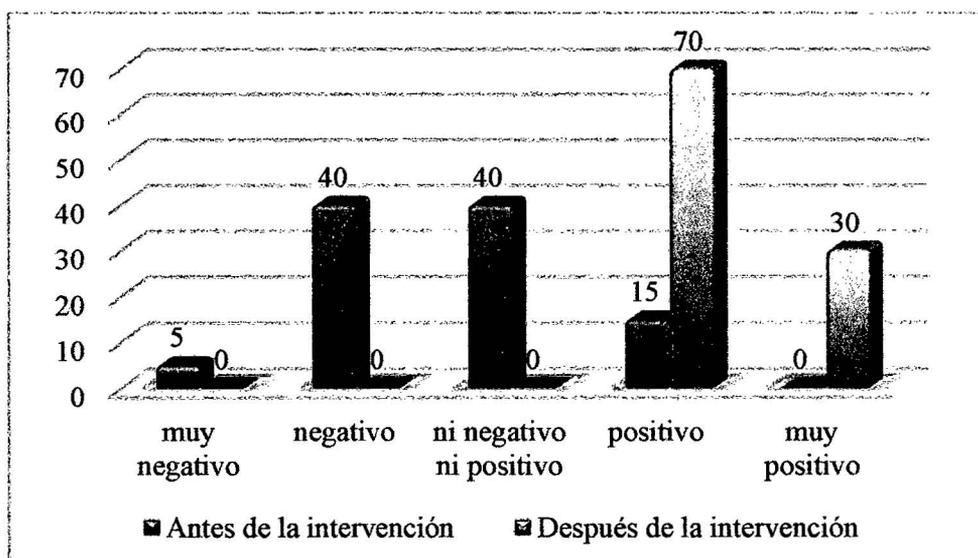
Tabla 02: Estado de ánimo según la dimensión sentimientos en los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo/dimensión sentimientos	Antes de las sesiones de musicoterapia		Después de las sesiones de musicoterapia	
	fi	%	fi	%
	Muy negativo	1	5	0
Negativo	8	40	0	0
Ni negativo ni positivo	8	40	0	0
Positivo	3	15	14	70
Muy positivo	0	0	6	30
Total	20	100	20	100

Fuente: Escala de evaluación del estado de ánimo (EVEA) aplicado, 2015

$$T\text{-Student: } t_c = -7.947 \quad p = 0.000 < 0.05$$

Gráfico 02: Estado de ánimo según la dimensión sentimientos en los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.



Fuente: Tabla 02

Descripción:

En la tabla y gráfico 02; se observa que del 100% de adultos mayores (20), en cuanto a la dimensión sentimientos, el 5 % (1) presentó un estado de ánimo muy negativo, el 40% (8) un estado de ánimo negativo, otro 40% (8) un estado de ánimo ni negativo ni positivo, asimismo un 15 % (3) un estado de ánimo positivo y ninguno (0%) presentó un estado ánimo muy positivo antes de realizar la intervención, es decir el desarrollo de las sesiones de musicoterapia.

Después de las sesiones de musicoterapia, se observa que del 100% (20) de adultos mayores, en cuanto a la dimensión sentimientos, el 70 % (14) presentó un estado de ánimo positivo y un 30 % (6) un estado de ánimo muy positivo, notándose claramente el cambio en el estado de ánimo de los adultos mayores, hacia estados más positivos.

Con respecto a la contrastación de la hipótesis para determinar los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo de los adultos mayores en estudio según la dimensión sentimientos, los resultados de la prueba estadística T-student ($t_e = -7.947, p = 0.000 < 0.05$) muestran que el estado de ánimo de los adultos mayores mejora significativamente en la dimensión sentimientos después de las sesiones de musicoterapia, pasando estos a ser más positivos.

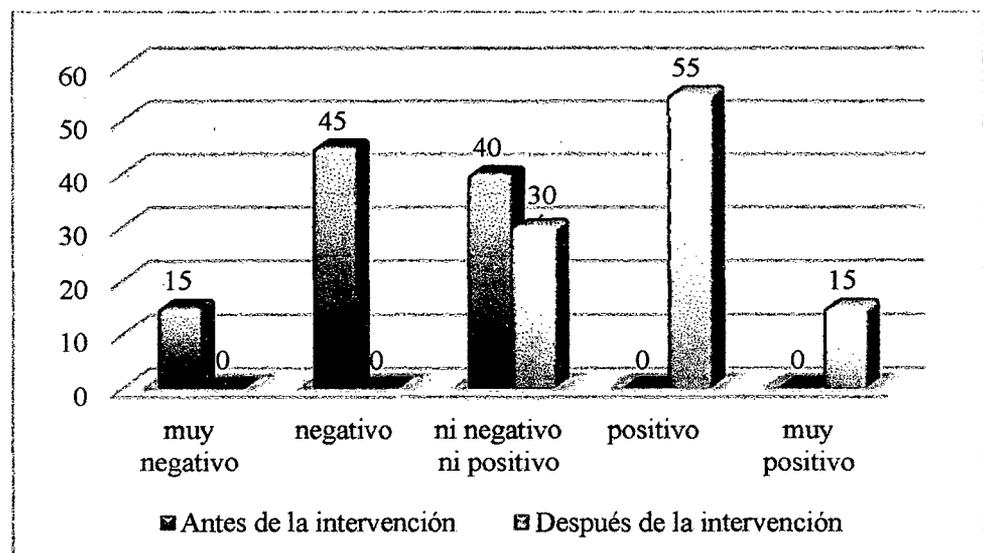
Tabla 03: Estado de ánimo según la dimensión pensamientos en los adultos mayores, antes y después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo/dimensión de pensamientos	Antes de las sesiones de musicoterapia		Después de las sesiones de musicoterapia	
	fi	%	fi	%
	Muy negativo	3	15	0
Negativo	9	45	0	0
Ni negativo ni positivo	8	40	6	30
Positivo	0	0	11	55
Muy positivo	0	0	3	15
Total	20	100	20	100

Fuente: Escala de evaluación del estado de ánimo (EVEA) aplicado, 2015

T-Student: $t_c = -6.840$ $p = 0.000 < 0.05$

Gráfico 03: Estado de ánimo según la dimensión pensamientos en los adultos mayores antes y después de las sesiones de musicoterapia, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.



Fuente: Tabla 03

Descripción:

En la tabla y gráfico 03; se observa que del 100% (20) de adultos mayores, en cuanto a la dimensión pensamientos, el 15 % (3) presentó un estado de ánimo muy negativo, el 45 % (9) un estado de ánimo negativo, un 40% (8) un estado de ánimo ni negativo ni positivo y ninguno (0%) presentó un estado ánimo positivo o muy positivo antes de realizar la intervención, es decir el desarrollo de las sesiones de musicoterapia.

Después de la sesiones de musicoterapia, se observa que del 100% (20) de los adultos mayores, en cuanto a la dimensión pensamientos, el 30 % (6) presentó un estado de ánimo ni positivo ni negativo, el 55 % (11) un estado de ánimo positivo y el 15 % (3) un estado de ánimo muy positivo notándose claramente el cambio en el estado de ánimo de los adultos mayores según la dimensión pensamientos, hacia estados más positivos.

Con respecto a la contrastación de la hipótesis para determinar los efectos de la musicoterapia en el estado de ánimo de los adultos mayores en estudio según la dimensión pensamientos, los resultados de la prueba estadística T-student ($t_c = -6.840$, $p = 0.000 < 0.05$) muestran que el estado de ánimo de los adultos mayores mejora significativamente en la dimensión pensamientos después de las sesiones de musicoterapia, pasando estos a ser más positivos.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100 % (20) de adultos mayores en estudio, el 65 % (13) presentó un estado de ánimo negativo y solo un 5 % (1) un estado de ánimo positivo antes de realizar las sesiones de musicoterapia, lo que indica que una gran proporción de adultos mayores tuvo sentimientos negativos de irritación, aburrimiento, tensión, ansiedad, desgano entre otros; y pensamientos negativos como pensar en la muerte, estar desamparado, inutilidad, insatisfacción alejamiento de los amigos entre otros antes de iniciar la sesión de musicoterapia.

En cambio después de realizar las sesiones de musicoterapia se observó que el 80 % (16) de adultos mayores presentó un estado de ánimo positivo y un 10 % (2) un estado de ánimo muy positivo, notándose claramente el cambio en su estado de ánimo por efecto de la musicoterapia; siendo estos más positivos, lo que significa que los adultos mayores tuvieron sentimientos positivos como optimismo, alegría, buen humor, seguridad entre otros, así mismo pensamientos más positivos como quererse a sí mismo, satisfacción con su propia vida, así como considerar que la vida es muy interesante después del desarrollo de las sesiones de musicoterapia.

Para determinar los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo del adulto mayor, los resultados antes descritos fueron sometidos a la prueba estadística de T-student ($t_c = -10.639$, $p = 0.000 < 0.05$), cuyos resultados demostraron que el estado de ánimo de los adultos mayores mejora significativamente después de las sesiones de musicoterapia, siendo estos más positivos. Por tanto se puede deducir que uno de los efectos importantes de la musicoterapia en el adulto mayor, es mejorar su estado de ánimo.

Así mismo es importante mencionar que después de la aplicación de la sesión de musicoterapia, el 30 % (6) de los adultos mayores tuvo un estado de ánimo positivo y tuvo entre 60 a 65 años, y el 50% (10) tuvo estado de ánimo positivo y tuvo entre 66 a 70 años de edad, por tanto se observa que los adultos mayores entre 66 a 70 años tuvieron mejor estado de ánimo después de la musicoterapia (Anexo 06).

De forma similar el 65 % de los adultos mayores fue de sexo femenino y tuvo estado de ánimo positivo, y el 15 % fue del sexo masculino y tuvieron un estado de

ánimo positivo después de la intervención, lo que indica que las persona adultas mayores de sexo femenino fueron las que mejoraron su estado de ánimo como producto de la musicoterapia. Por otra parte se observa que el 65 % de adultos mayores en estudio fue de religión católica y tuvo pensamientos positivos después de la intervención, evidenciándose que las personas de religión católica mejoraron su estado de ánimo después de la aplicación de la musicoterapia (Anexo 06).

Considerando los resultados mencionados anteriormente se puede citar a Valderrama, H. (2012), quien realizó un estudio en México sobre la música y los estados de ánimo en adultos mayores. Este autor concluyó que la música tiende a mejorar los estados de ánimo, como consecuencia de que el estímulo musical produciría un incremento de la energía generada por el sistema nervioso simpático, además la música activaría diversos neurotransmisores asociados con el bienestar, y disminuiría otros asociados a la ansiedad, depresión y otros estados psicológicos negativos; estos resultados se asemejan a lo hallado en la presente investigación.

Otro estudio similar fue realizado por Chicaiza y León (2011) en Ecuador en un asilo de ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato; Como resultados obtuvo que el 67% del total de la población no recibe Actividad Ocupacional, de igual forma un 33% si la recibe pero no de una manera periódica evidenciando la ausencia de Terapia Ocupacional. Se comprueba la hipótesis, concluyendo que la ausencia de Terapia Ocupacional si influye en el desarrollo de trastornos del Estado de Ánimo, según los porcentajes estadísticos obtenidos. Los estudios muestran similitud con el presente estudio, en el sentido que abordan algunas intervenciones como la musicoterapia y las terapias ocupacionales como medidas tendientes a mejorar los estados de ánimo de los adultos mayores.

Por otra parte Jurschik et al (2013) en un estudio realizado en España encontró que el estado de ánimo negativo caracterizado por soledad y tristeza fue del 52,3%. Los pacientes del centro de larga estancia y del servicio de medicina interna del hospital de agudos se asociaron con peor estado de ánimo que los que acudieron al centro de atención primaria o se encontraban en la residencia geriátrica. Las personas mayores pueden presentar un estado de ánimo negativo, pero pueden no llegar a

procesos depresivos graves, por tanto, es una situación que requiere atención ante el posible desarrollo adverso posterior. El personal de enfermería se encuentra en una situación privilegiada para detectar estas situaciones por su proximidad con los pacientes y utilizar terapias alternativas para su tratamiento, entre ellas la musicoterapia.

Actualmente la musicoterapia como disciplina de salud se ha extendido alrededor del mundo. Se han desarrollado carreras de grado y post-grado en: Europa (Alemania, Austria, Dinamarca, Italia, Francia, Hungría, Polonia, Reino Unido y España); Asia y Oceanía (Korea, Israel, Tailandia, Finlandia y Australia) y el Continente Americano (Estados Unidos, Canadá, Brasil, Colombia, Cuba, Puerto Rico, Venezuela, Uruguay, Perú, Argentina, México y Chile). La musicoterapia se desarrolla profesionalmente tanto en el ámbito público como privado, en abordajes grupales e individuales. Las metodologías de trabajo varían de acuerdo a la población y a las escuelas y constructos teóricos que fundamenten el quehacer del musicoterapeuta. (Grajales, 2011, p. 70)

La musicoterapia es una de las intervenciones que se ha empezado a utilizar en diferentes pacientes, entre ellos los adultos mayores; la musicoterapia es el empleo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas del adulto mayor. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. (Grajales, 2011, p. 70)

En cuanto a los estados de ánimo se debe considerar que es el estado emocional general e indeterminado de la personalidad, en el cual coexisten vivencias de diferente connotación, intensidad y denominación, vinculadas fundamentalmente a

la posición subjetiva del individuo respecto a la actividad vital del organismo, las relaciones con el medio y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones. Los estados anímicos enmarcan las conductas desde las cuales se realizan las acciones, mientras que las emociones tienen que ver con la forma en que respondemos a los sucesos. Con los estados de ánimo se enmarcan el horizonte la posibilidad, cuando se está en un determinado estado de ánimo, nos comportamos dentro de los parámetros que tal estado determina en las personas. (Chirinos, 2005, p. 14)

Los estudios y la base teórica revisada demuestran que hay una serie de factores que pueden alterar o mejorar el estado de ánimo de los adultos mayores, la musicoterapia como se demostró en el presente estudio y otros antecedentes puede ser de mucha ayuda para trabajar con los adultos mayores, a fin de mejorar sus estados anímicos y consecuentemente su salud; se deben continuar las investigaciones considerando también otro tipo de terapias. Los estados de ánimo pueden variar de acuerdo a las diferentes épocas del año, los días de la semana, diversos momentos de nuestras vidas, todas estas circunstancias y muchas otras, tienen la capacidad de teñir el estado de ánimo personal y condicionarlo. Factores como el tiempo, la edad, el lugar en el que nos encontramos, el momento del día intervienen y modifican el estado de ánimo, sin embargo se puede utilizar la musicoterapia como una medida para mejorar el estado anímico del adulto mayor.

En la tabla y gráfico 02, se observan los datos sobre la dimensión sentimientos, en tal sentido se puede apreciar que antes de realizar las sesiones de musicoterapia el 40% (8) de adultos mayores presentó un estado de ánimo negativo, otro 40% (8) un estado de ánimo ni negativo ni positivo, y solo un 15 % (3) presentó un estado de ánimo positivo, esto indica que una gran proporción de adultos mayores tuvieron sentimientos de nerviosismo, irritación, aburrimiento, tensión, ansiedad, molestias, desgano, intranquilidad, tristeza y ganas de llorar antes de la intervención.

En cambio después de realizada las sesiones de musicoterapia, se observó que el 70 % (14) de adultos mayores presentó un estado de ánimo positivo y un 30 % (6) un estado de ánimo muy positivo, notándose claramente el cambio en los sentimientos de los adultos mayores por efecto de la musicoterapia, haciéndose

estos más positivos, lo que indica que los adultos mayores experimentaron sentimientos de alegría, optimismo, energía, buen humor, seguridad y encontrarse a gusto después de la intervención.

Los resultados de la prueba estadística T-student ($t_c = -7.947$, $p = 0.000 < 0.05$) aplicada a esta dimensión, muestran que los sentimientos de los adultos mayores mejoran significativamente después de las sesiones de musicoterapia, pasando estos a ser más positivos, por tanto se puede señalar que la musicoterapia tiene por efecto mejorar el estado de ánimo en el adulto mayor.

No se encontraron antecedentes de estudios específicos sobre los efectos de la musicoterapia en los sentimientos de los adultos mayores; sin embargo se sabe que según Grajales (2011), los efectos de la música sobre el sentimiento y comportamiento de la persona han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha estado complementada e influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos sentimentales, emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para manipular y controlar el comportamiento del grupo y del individuo.

Entendiendo que según la OMS (2008); el sentimiento se refiere a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por ello, el sentimiento es un estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, recuerdo o situación en general. El sentimiento es un estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, un hecho o una persona; se puede indicar que este estado de emoción puede ser dirigido hacia un estado de ánimo positivo, utilizando una serie de intervenciones como por ejemplo la musicoterapia aplicada en el presente estudio, para fomentar en el adulto mayor sentimientos positivos y mejorar su estado de salud mental consecuentemente.

Desde tiempos inmemoriales la música se ha utilizado para el mejoramiento de la salud física y mental del hombre. La música facilita el establecimiento y la

permanencia de las relaciones humanas, contribuyendo a la adaptación del individuo a su medio. Por otra parte, la música es un estímulo que enriquece el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos motores, además de fomentar la creatividad y la disposición al cambio. Así, diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central (Grajales, 2011).

Para muchos estudiosos del tema la música favorece el cambio en el estado de ánimo en el adulto mayor tanto de forma individual como grupal. A través de las actividades terapéuticas grupales, se crea un ambiente favorable para la expresión de sentimiento y emociones, se refuerzan las relaciones interpersonales, nacen nuevos amigos, surgen nuevas motivaciones y metas y se adquieren nuevas habilidades. El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose así mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

Se debería realizar más estudios a fin de abordar de forma integral el estado de ánimo del adulto mayor, y completar los hallazgos encontrados en el presente estudio, dado que al parecer otras intervenciones como la arteterapia, danzoterapia y otros podrían utilizarse para prevenir los trastornos y alteraciones del estado de ánimo, sobre todo en la parte de los sentimientos.

En la tabla y gráfico 03; se observa los datos sobre la dimensión pensamientos, en ese sentido se puede apreciar que antes de desarrollar la musicoterapia, el 45 % (9) de los adultos mayores presentó un estado de ánimo negativo, un 40 % (8) un estado de ánimo ni negativo ni positivo y ninguno (0 %) presentó un estado ánimo positivo o muy positivo, lo que indica que el adulto mayor tuvo pensamientos sobre la muerte de forma negativa, insatisfacción, miedo a que le pase algo, desamparo, inutilidad y soledad; antes de realizar la intervención

En contraste con dichos resultados, posterior a las sesiones de musicoterapia, se observó que el 55 % (11) presentó un estado de ánimo positivo y el 15 % (3) un estado de ánimo muy positivo; notándose claramente el cambio en los pensamientos de los adultos mayores por efectos de la musicoterapia, haciéndose estos más positivos, en tal sentido los adultos mayores experimentaron pensamientos de quererse tal como es, satisfacción sobre su vida, interés por la vida entre otros.

Los resultados de la prueba estadística T-student ($t_c = -6.840$, $p = 0.000 < 0.05$) aplicada a esta dimensión muestran que los pensamientos de los adultos mayores mejoran significativamente después de las sesiones de musicoterapia, pasando estos a ser más positivos, por tanto se concluye que la musicoterapia tiene como efectos mejorar los pensamientos de los adultos mayores, haciéndolos más positivos.

No se encontraron antecedentes de estudios específicos sobre los efectos de la musicoterapia en los sentimientos de los adultos mayores; sin embargo se sabe que según Grajales (2011) que la música es un arte y un lenguaje de expresión y comunicación que se dirige al ser humano en todas sus dimensiones, desarrollando y cultivando el espíritu, la mente y el cuerpo. A través de la música se puede mejorar los pensamientos, sentimientos, asimismo educar integrar y armónicamente al ser humano. Además es muy importante que la persona relacione la música con la actividad, el juego, el movimiento y la alegría, de forma que le ayude a expresar de forma espontánea y afectivamente las sensaciones musicales. De todas maneras la música tendrá su efecto sobre los pensamientos de las personas, lo cual tendrá sus variaciones de acuerdo al tipo de música a escucharse.

En cuanto al pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje, etc. Es una experiencia interna e intrasubjetiva. El pensamiento tiene una serie de características particulares, que lo diferencian de otros procesos, como por ejemplo, que no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan, pero la más importante es su función de resolver problemas y razonar. Los pensamientos casi siempre afectan el estado de ánimo, sí se está consciente de

nuestros diferentes tipos de pensamientos, podremos usarlos para lograr tener un estado de ánimo más saludable. Es por esto que es importante cuidar los pensamientos porque al final ellos son los que alteran el estado de ánimo. (Files, 2013)

Los efectos de la musicoterapia también pueden ser sedantes, de naturaleza melódica sostenida, se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal e instrumental reconocido con efectos tranquilizantes; o estimulantes, con música que aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones. La música como lenguaje expresivo y de comunicación no requiere ni exige actividades especiales. Por tanto, cualquier persona tiene su propia musicalidad en menor o mayor medida. Es una característica que se debe potenciar y desarrollar, así lo señalan psicólogos como Davison o Hargreaves, afirmando que la musicalidad constituye una de las actitudes más valiosas de tipo humanístico y no una habilidad aislada o altamente especializada. (Grajales, 2011)

Según Files (2013) los trastornos del estado de ánimo o del humor son muy frecuentes en nuestra sociedad en general. La depresión, que es el trastorno del estado de ánimo diagnosticado con más frecuencia, afecta a alrededor del 9,5% de adultos mayores en Estados Unidos por año, y alrededor del 20% en algún momento de sus vidas. La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que se caracteriza por mostrar un estado de tristeza y/o una reducción en el interés por las cosas con las que la persona antes disfrutaba. Estos síntomas, así como la naturaleza persistente del problema, son los que diferencian a la depresión de un sentirse simplemente desanimado o triste.

Según la Medical Journal (2015) las personas adultas mayores no piensan en un futuro o no proyectan nada a largo plazo; manifiestan una serie de pensamientos relacionados a la enfermedad y a la muerte, así como a situaciones relacionadas con su dependencia y pérdida de capacidad, así como las relaciones afectivas con sus seres cercanos. Los ancianos con noventa años o más son particularmente remisos a pensar, hablar o plantearse que algún día puedan tener enfermedades serias; en cambio, suelen utilizar expresiones tales como “lo que tenga que llegar, llegará”

como un planteamiento con el que aferrarse a la vida y prefieren “cruzar el puente” cuando así sea preciso. Los participantes en este estudio consideran que el final de su vida es un asunto que sólo está en manos de Dios. Los pensamientos pueden alterar de manera significativa el estado de ánimo del adulto mayor, por ello debe tenerse en cuenta en la atención algunas medidas dirigidas a mejorar estos pensamientos.

Los pensamientos son parte de los estados de ánimo del adulto mayor, y en el presente estudio se ha demostrado que los pensamientos mejoran con la musicoterapia, haciendo que estos sean más positivos, sin embargo se deberían realizar más investigaciones con periodos mayores y en diferentes ámbitos a fin de establecer la utilidad de la musicoterapia en los estados psicológicos del adulto mayor, así mismo definir qué tipo de música se podría utilizar y establecer ciertos protocolos de terapia musical.

VII. CONCLUSIONES

1. La aplicación de la musicoterapia mejora significativamente el estado de ánimo de los adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, haciéndolos más positivos; puesto que los adultos mayores presentaron predominantemente estados ánimo negativos antes de la aplicación de la intervención y posteriormente estados de ánimo más positivos
2. Los sentimientos de los adultos mayores mejoran significativamente por efecto de la aplicación de la musicoterapia, haciéndose estos más positivos; así lo demuestran los resultados en los cuales se observó sentimientos más negativos antes de la aplicación de las sesiones de musicoterapia en los adultos mayores.
3. Los pensamientos de los adultos mayores mejoran significativamente por efecto de la aplicación de la musicoterapia, haciéndose estos más positivos; así lo demuestran los resultados en los cuales se observó pensamientos más negativos antes de la aplicación de las sesiones de musicoterapia en los adultos mayores.
4. Los adultos mayores entre 66 a 70 años, de sexo femenino y de religión católica fueron lo que obtuvieron mejor estado de ánimo por efecto de la aplicación de la musicoterapia.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Amazonas

- Realizar abogacía para la implementación de políticas de salud dirigidas a la atención integral del adulto mayor.
- Fortalecer e implementar los servicios de salud dirigidos al adulto mayor, considerando el uso de terapias alternativas como la musicoterapia, terapia ocupacional, danzoterapia entre otras.
- Fomentar la investigación sobre diversas terapias para mejorar los estados de ánimo de los adultos mayores

A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas

- Fomentar el uso de terapias alternativas en la atención del adulto mayor, durante la formación de los estudiantes de ciencias de la salud, especialmente de enfermería.
- Proponer alternativas de solución para mejorar la atención del adulto mayor, sobre todo para mejorar sus estados de ánimo, basadas en la evidencia científica

A la Facultad de Ciencias de la Salud

- Realizar acciones de proyección social dirigidas a promover el uso de terapias complementarias en el adulto mayor.
- Fomentar la creación de círculos de estudio que aborden la atención integral del adulto mayor de forma interdisciplinaria.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Amiel, R. y Tison, A., (1995). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Salamanca, España. Editorial Agruparte.
2. Canales, F. et al., (2002). *Metodología de la Investigación Científica: Manual para el desarrollo de personal de salud*. México. Editorial Limusa.
3. Colegio de enfermeros del Perú (CEP). (2009) "*Código de Ética y Deontología*". Consejo Nacional Directivo del Colegio de Enfermeros del Perú. Lima.
4. Douglas, C. (2007). *Depresión en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
5. Chicaiza, C. y León V., (2011). *La terapia ocupacional y el estado de ánimo del adulto mayor en el asilo de ancianos del hospital provincial docente Ambato*. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.
6. Fundación del Empresariado Chihuahuense. (2009). *Adulto mayor. Una nueva etapa de vida*. Consejo directivo de la Fundación del Empresariado Chihuahuense. México.
7. Hernández, R et al. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: (2ª ed.). editorial McGraw-Hill Interamericana.
8. Hernández, R. (2008). "*Metodología de la Investigación*". México. 3ra edición. Editorial Mc. Graw Hill interamericana.
9. Ministerio de Salud, MINSA (2011). *Compendio Estadístico de Salud*. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística. Lima Perú.

10. Ministerio de Salud, MINSA (2005). *La depresión. Módulo de Atención Integral. Dirección General de Promoción de la Salud, Coordinación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.* Lima Perú.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). *Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú.* Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Perú.
12. Poch, S. (1999) "*Compendio de Musicoterapia (Vol. I)*" Barcelona-España: Empresa Editorial Herder, S.A. Madrid.
13. Reeder, S.; Martín, L. y Koriak, D. (1995). *Manual de Enfermería (17ª ed.)*. México: McGraw-Hill Interamericana.
14. Ruggero, Alejandro (2011) "*Musicoterapia Conceptos generales y aplicaciones terapéuticas*". Versión ampliada de un trabajo presentado en el Primer Seminario Chileno de Musicoterapia. Chile.

DE TESIS Y MONOGRAFÍAS:

15. Campbell, D. (1997). *El efecto Mozart. Aprovechar el poder de la música para sanar el cuerpo, fortalecer la mente y liberar el espíritu creativo.* España: Urano.
16. Grajales, R. (2011). *Orientación grupal para el bienestar del adulto mayor. Tesis elaborada para obtener el Grado de Maestra en Orientación y Consejo Educativo.* Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.
17. Ortiz, M. (2007). *Efecto de la musicoterapia en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios. Trabajo especial de grado para optar al título de licenciado en enfermería.* Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela.

DE REVISTAS

18. Fong, J y Bueno, 2002. *Geriatría: ¿es desarrollo o una necesidad?* Revista Medisan 2002; 6(1):69-75. Cuba.
19. Jurschik et al. (2013). *Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores.* Revista Gerokomos vol.24 no.1 Madrid.
20. Lucero, R y Casali, G. (2006). *Trastornos afectivos en el adulto mayor.* Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 70 N° 2 diciembre 2006.

SITIOS EN RED:

21. Chart. *Descripción General de los Trastornos del Estado de Ánimo.* Recuperado: "<http://www.uchicagokidshospital.org/>" title="Comer Children's Hospital at the University of Chicago – Home.
22. Chirinos, E. *Emociones y estados de ánimo.* Recuperado: "<http://www.w3.org/TR/REC-html40>."
23. Chong, Aida. *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor.* Recuperado: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm.
24. Files, D. *Nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo.* Recuperado: <http://felizhoy.com/wp-content/themes/modernpaper/images/favicon.ico>.
25. Fundación Benenzon. *[Documento en Línea].* Recuperado: <http://www.fundacionbenenzon.org/es/inicio.shtml> [Consulta: 2008, mayo 25].
26. Medical Journal. *El anciano piensa más en la muerte que en la enfermedad.* Recuperado: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/2002/07/21/anciano-piensa-muerte-enfermedad-6195.html>.
27. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la organización mundial de la salud sobre medicina tradicional* [Documento en Línea]. Recuperado: <http://www.who.pnl/es>.

28. Valderrama, R. *Estudio sobre la música y los estados de ánimo*. Recuperado:
<http://depsicologia.com/wpcontent/themes/canguro/images/dominio/depsicologiafavicon.ico>.
29. Wikipedia. *Estado de ánimo*. Recuperado
http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estado_de_%C3%A1nimo&action=edit.
30. Wikipedia. *Sentimiento*. Recuperado:
<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sentimiento&action=edit>.
31. Wikipedia. *Pensamiento*. Recuperado:
<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pensamiento&action=edit>.

ANEXOS

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Sistema de variables.	Hipótesis	Marco metodológico
<p>¿Cuáles son los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015?</p>	<p>Objetivo General. Determinar los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.</p> <p>Objetivos Específicos. Valorar el estado de ánimo del adulto mayor, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015 antes y</p>	<p>Identificación de variables: Variable independiente: Aplicación de la musicoterapia. Variable dependiente: Estados de ánimo del adulto mayor.</p>	<p>Ha = La aplicación de la “musicoterapia” mejora significativamente el estado de ánimo del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas-2015.</p> <p>Ho = La aplicación de la “musicoterapia” no mejora significativamente el estado de ánimo del adulto mayor, Hospital Regional</p>	<p>Diseño de contrastación de la hipótesis. El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de nivel explicativo, de corte longitudinal y prospectivo (Supo J. 2014).</p> <p>El universo muestral: La muestra estará constituida por 20 adultos mayores ya que se considerara los criterios de exclusión e inclusión. (Fuente: Registro del usuarios regulares del programa, 2015)</p> <p>Instrumentos: Para la variable: estado de ánimo se utilizará el instrumento: escala de evaluación del estado de ánimo del adulto mayor que consta de 30 ítems distribuidos de la siguiente manera. - Dimensión sentimientos: 16 ítems</p>

	<p>después de la aplicación de la musicoterapia.</p> <p>Identificar los efectos de la musicoterapia sobre los sentimientos en los adultos mayores, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.</p> <p>Identificar los efectos de la musicoterapia sobre los pensamientos en los adultos mayores, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.</p> <p>Caracterizar la población objeto de estudio.</p>		<p>Virgen de Fátima. Chachapoyas-2015.</p>	<p>-Dimensión pensamientos: 14 ítems</p> <p>Para la variable: aplicación de la Musicoterapia utilizará una sesión de musicoterapia durante 10 minutos a los adultos mayores,</p> <p>Análisis de Datos y Presentación de Resultados.</p> <p>La información se procesará utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. El análisis estadístico para determinar los efectos de la musicoterapia se realizara mediante la prueba de T de Student y prueba estadística no paramétrica de Ji cuadrado, considerando niveles de significancia de 0.05 y una confiabilidad de 95%. Los resultados se presentan mediante tablas simples, de contingencia y gráficos de barra.</p>
--	--	--	--	---

ANEXO 02

SESIÓN DE MUSICOTERAPIA

I. DATOS INFORMATIVOS.

- 1.1 **TITULO** : Musicoterapia.
1.2 **INSTITUCIÓN** : Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
1.3 **RESPONSABLE** : Est. Enf. LLINER SOPLIN MENDOZA.
1.4 **DURACIÓN** : 20 minutos
1.5 **FECHA** : 09, 10 y 11 de mayo

II. OBJETIVOS:

➤ **GENERAL:**

- ✓ Determinar los efectos de la musicoterapia sobre los estados de ánimo del adulto mayor.

➤ **ESPECÍFICOS:**

- ✓ Reconocer los efectos de la musicoterapia en el adulto mayor.
- ✓ Identificar los cambios en el estado de ánimo del adulto mayor.

III. DESCRIPCIÓN:

MUSICOTERAPIA

La musicoterapia es “La aplicación científica del arte de la música con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano” Poch, S. (1999).

“La musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que él o ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y en consecuencia una mejor calidad de vida”. Federación Mundial de Musicoterapia (1999).

Todas estas definiciones enfocan bajo diversos aspectos el verdadero significado terapéutico de la música, incluso sería más ilustrativo emplear el término "Técnicas psicomusicales de rehabilitación o de estimulación musical para el desarrollo de la curación". (Blanco, O. (2005).

EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA MÚSICA

La música es capaz de producir cambios en el ser humano a todos los niveles: biológicos, fisiológicos, intelectual, social, espiritual; es de este hecho precisamente donde reside el valor terapéutico de la música.

EFECTOS FISIOLÓGICOS

La música es capaz de provocar respuestas positivas o negativas en la bioquímica del organismo humano. Los efectos fisiológicos son entonces reacciones que se produzcan en el cuerpo, que se van a manifestar en las funciones normales del organismo como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la respiración y respuestas musculares, entre otras que no se consideran fisiológicas como el dolor; producto de la exposición a ciertos tipos de música. Según Poch, S. (1999)

- **Dolor:** Se define dolor como “una sensación desagradable, que indica el daño producido en un tejido o la posibilidad de que esto ocurra. Reflejo de la necesidad evolutiva de un sistema de alarma para proteger al huésped de una lesión tisular” Contreras, F. (1997).

EFECTOS PSICOLÓGICOS

Albín, J. (citado por Serrano, N. y Theot, R. (2006) refiere que los elementos que componen la música afectan de manera definida nuestro sistema nervioso, por ejemplo los sonidos graves o agudos provocan efectos variados sobre la ansiedad o el relajamiento.

- **Ansiedad:** Al igual que con el sentimiento del miedo, la ansiedad es un factor común entre las personas que influye en el proceso de recuperación, por lo cual al controlar este estado emocional perturbarte es posible lograr un óptimo desenlace tanto para la gestante como para el neonato.
- **Miedo:** El miedo “es un sentimiento de inquietud causado por un peligro real, potencial e imaginario”. El miedo es una sensación de temor, que puede ocasionar aumento de la frecuencia cardíaca, palidez, decaimiento, sudoración, respiración irregular, dilatación pupilar, frecuencia de la micción, mirada perdida, pensamientos negativos, resequedad de las mucosas, entre otros (Gray, J. (2002).

MUSICOTERAPIA ACTIVA Y PASIVA

Las metodologías de abordaje terapéutico pueden ser activas o pasivas. La musicoterapia activa incluye todo lo referido al material sonoro en general, desde tocar, armar y fabricar instrumentos hasta improvisar, componer y cantar determinadas piezas musicales. Por su parte, la modalidad receptiva o pasiva es un mecanismo más introspectivo que opera a través de la escucha de músicas o ruidos pre-grabados y de trabajos con visualizaciones.

Las diferencias en las modalidades de abordaje tienen que ver con las características y necesidades de cada paciente. “Un chico con síndrome de down, por ejemplo, presenta posibilidades motrices mucho mayores que las de un paciente en terapia intensiva. Por otra parte, hay quienes tienen un muy buen nivel intelectual pero no pueden expresarse verbalmente. Otros, en cambio, van a dispersarse con cualquier cosa que les llame la atención”.

IV. METODOLOGIA: Escucha activa y participativa.

V. RECURSOS:

Humanos:

- Est. Enf. SOPLIN MENDOZA LLINER
- Adultos mayores del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

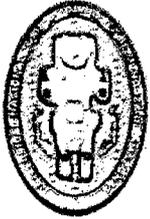
Materiales:

- Laptop.
- Folder
- Instrumento de evaluación del estado de ánimo del adulto mayor.
- Lapicero.
- Equipo de sonido y parlantes.

VI. PRESUPUESTO: Los gastos serán autofinanciados.

VII. CRONOGRAMA DE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
PRIMERA SESIÓN			
09 - 05	9.00 am	✓ Presentación del estudiante a la coordinadora Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2015.	Est. Enf. LLINER SOPLIN MENDOZA.
	9. 05am	✓ Presentación de los objetivos de la Intervención a los adultos mayores	
	9.10am	✓ Evaluación inicial del estado de ánimo antes de la aplicación del estímulo	
	9.25am	✓ Inicio de la sesión de Musicoterapia.	
	9.45am	✓ Final de la sesión de musicoterapia.	
	9.45 am	✓ Despedida y agradecimiento comprometiéndose asistir para la próxima sesión.	
SEGUNDA SESIÓN			
10 - 05	9.00 am	✓ Saludo del estudiante de enfermería a los adultos mayores.	Est. Enf. LLINER SOPLIN MENDOZA.
	9. 05 am	✓ Inicio de la sesión de Musicoterapia.	
	9.25am	✓ Final de la sesión de musicoterapia.	
	9.25am	✓ Despedida y agradecimiento comprometiéndose asistir para la próxima sesión.	
TERCERA SESIÓN			
11 - 05	9.00 am	✓ Saludo del estudiante de enfermería a los adultos mayores.	Est. Enf. LLINER SOPLIN MENDOZA.
	9. 05 am	✓ Inicio de la sesión de Musicoterapia.	
	9.25am	✓ Final de la sesión de musicoterapia.	
	9.25am	✓ Evaluación final de estado de ánimo después de la aplicación del estímulo (POSTEST).	
	9.40am	Despedida y agradecimiento.	



ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR.

Introducción:

El presente instrumento tiene por finalidad de determinar los efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2015. Agradeceré mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad. Este instrumento es anónimo y las respuestas solo serán de uso para los objetivos del estudio.

Instrucciones:

A continuación se le presenta una serie de alternativas marque con un aspa (x) según corresponda.

Identificación:

Edad :

Sexo : Femenino () Masculino ()

Religión :

Estado civil :

N°	ITEMS	ESCALA	
		SENTIMIENTOS	
01	¿Se siente nervioso(a)?	NO	SI
02	¿Se siente irritado(a)?	NO	SI
03	¿Se siente alegre?	NO	SI
04	¿Se siente aburrido(a)?	NO	SI
05	¿Se siente tenso(a)?	NO	SI
06	¿Se siente optimista?	NO	SI
07	¿Se siente lleno de energía?	NO	SI
08	¿Se siente ansioso(a)?	NO	SI
09	¿Se siente desganado(a)?	NO	SI
10	¿Se siente molesto(a)?	NO	SI
11	¿Se siente intranquilo(a)?	NO	SI
12	¿Se siente con buen humor?	NO	SI
13	¿Se siente triste?	NO	SI
14	¿Se siente seguro(a)?	NO	SI
15	¿Se siente a gusto?	NO	SI
16	¿Siente ganas de llorar?	NO	SI
PENSAMIENTOS.			
17	¿Piensa que usted es importa para los demás?	NO	SI
18	¿Se quiere tal como es?	NO	SI
19	¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin	NO	SI

	importancia?		
20	¿Piensa en la muerte?	NO	SI
21	¿Está usted satisfecho con su vida?	NO	SI
22	¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacarse de la cabeza?	NO	SI
23	¿Tiene miedo de que le pueda pasar algo malo?	NO	SI
24	¿Piensa de que está desprotegido o desamparado?	NO	SI
25	¿Cree que la vida es muy interesante?	NO	SI
26	¿Se siente usted inútil?	NO	SI
27	¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	NO	SI
28	¿Tiene problemas para concentrarse?	NO	SI
29	¿Prefiere alejarse de sus amigos?	NO	SI
30	¿Se preocupa mucho por el pasado?	NO	SI



UNIVERSIDAD NACIONAL

TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS

ANEXO 04

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN**

Yo,identificada con DNI....., declaro que acepto participar en la investigación: “Efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2015”, que viene siendo realizada por el bachiller de enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Soplín Mendoza Lliner., asumiendo que las información recolectada será solo de conocimiento del investigador, quien garantiza el respeto y secreto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin ser mencionada mi identidad, así mismo teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que este genere algún perjuicio y/o gasto.

Sé que de tener dudas de mi participación podré aclararlos con el investigador.

.....

Firma de la informante

.....

Firma del participante

Anexo 05

Ficha técnica del instrumento, Validez y confiabilidad del instrumento

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA) Ficha Técnica

Jesús Sanz. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 1

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

Nombre en inglés: *Scale for Mood Assessment* (Sanz, 2001) o *Mood Evaluation Scale* (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiáñez, 2010)

Autor: Jesús Sanz

Año: 2001 [aunque se desarrolló como instrumento para una tesis doctoral defendida en 1993 y en cuyos anexos apareció por primera vez (Sanz, 1993)]

Versiones: Existe una versión de la EVEA para la población de Venezuela (Pereira y Vargas, 2005). Para elaborar esta versión, se pidió a cinco profesores de la Escuela de Psicología de la UCAB que evaluaran las instrucciones y los ítems de la EVEA con respecto a su adecuación para medir el estado de ánimo en estudiantes universitarios venezolanos. Sobre la base de dichas evaluaciones, se modificaron aquellos aspectos de la EVEA que fueron señalados por más de la mitad de los jueces. En concreto, tales modificaciones fueron tan sólo dos: los ítems “me siento alicaído” y “me siento jovial” fueron sustituidos, respectivamente, por “me siento decaído” y “me siento animado”. Por otro lado, en la versión venezolana de la EVEA las escalas con las que en cada ítem la persona valora su estado de ánimo son escalas tipo Likert de 10 puntos, de 1 a 10, en lugar de escalas tipo Likert de 11 puntos, de 0 a 10. Por tanto, es necesario tener en cuenta este cambio en el rango de puntuaciones de las dos versiones de la EVEA (la original y la venezolana) a la hora, por ejemplo, de comparar las puntuaciones medias obtenidas tras su aplicación.

El autor de la EVEA ha traducido el instrumento al inglés y dicha traducción está disponible en la misma dirección de internet en la que está disponible la versión original española (<http://www.ucm.es/estres/tests-material>). Existe también una versión abreviada en inglés de la EVEA elaborada por Álvaro Sánchez, Carmelo Vázquez y Jutta Joormann (A. Sánchez, comunicación personal, 12 de abril de 2013) y utilizada en un estudio sobre procesos atencionales y depresión clínica tras la inducción de estrés, estudio que fue realizado con 35 adultos estadounidenses con trastorno depresivo mayor o sin ningún trastorno psicológico del eje I (Sánchez López, 2011, estudio 3; Sanchez, Vazquez, Marker, LeMoult y Joormann, 2013). Esta versión abreviada en inglés no incluye la subescala de ira-hostilidad, y cada una de las tres restantes subescalas está compuesta por tres ítems, en lugar de cuatro, a pesar de lo cual sus índices de fiabilidad de consistencia interna siguen siendo adecuados (0,88, 0,92 y 0,86 para la subescalas de alegría, ansiedad y tristeza-depresión, respectivamente) y sus puntuaciones siguen siendo sensibles a cambios en el estado de ánimo inducidos por procedimientos de inducción del estado de ánimo (Sanchez et al., 2013).

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Inventario de autoinforme de lápiz y papel.

Objetivos: Evaluar el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado.

Población: Inicialmente desarrollado con estudiantes universitarios, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto no clínicas (p. ej., adultos de la población general) como clínicas (p. ej., pacientes adultos con trastorno depresivo mayor, pacientes adultos con delirio de persecución, pacientes con trastornos de ansiedad).

Número de ítems: 16

Descripción: La EVEA se construyó como un instrumento “para medir estados de ánimo transitorios en los estudios que utilizan procedimientos de inducción estado de ánimo” (Sanz, 2001, p. 71). La EVEA consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras “nada” (0) y “mucho” (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., “me siento triste”, “me siento alegre”). La EVEA pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala, y todos los ítems dentro de cada subescala están formulados en la misma dirección.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Existen varios estudios que avalan la fiabilidad de la EVEA en diferentes muestras. Una revisión de tales estudios ha encontrado, a partir de muestras que totalizaban entre 542 y 1269 participantes, coeficientes de *fiabilidad de consistencia interna* que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría (Sanz, Gutiérrez y García-Vera, 2013).

En cuanto a la *fiabilidad test-retest*, Sanz (2001) informó que, tras la inducción de un estado de ánimo neutro mediante música, los coeficientes test-retest a los siete minutos para dos muestras de 88 y 20 estudiantes universitarios eran, respectivamente, 0,64 y 0,62 para la subescala de tristeza-depresión, 0,63 y 0,50 para la subescala de ansiedad, 0,73 y 0,55 para la subescala de ira-hostilidad, y 0,81 y 0,72 para la subescala de alegría, mientras que el coeficiente test-retest a los 25 minutos para una muestra de 29 estudiantes universitarios era 0,76 para la subescala de tristeza-depresión, 0,28 para la subescala de ansiedad, 0,67 para la subescala de ira-hostilidad y 0,88 para la subescala de alegría. A pesar del poco tiempo transcurrido entre las aplicaciones de la EVEA, esos coeficientes (salvo el coeficiente test-retest a los 25 minutos de la escala de ansiedad) pueden considerarse adecuados, ya que las instrucciones del instrumento hacen hincapié en la medición de estados de ánimo transitorios. Por otro lado, el coeficiente bajo y no significativo estadísticamente de 0,28 para la subescala de ansiedad podría explicarse por el hecho de que las puntuaciones en esta subescala suelen experimentar un descenso notable a medida que los participantes se familiarizan con el laboratorio y con la sesión experimental, proceso que pudo verse incrementado en el estudio correspondiente ya que en el mismo se aplicó una música que, aunque supuestamente neutra, pudo tener efectos relajantes para las personas en dicho contexto (Sanz, 2001).

Validez: Existen varios estudios que han obtenido buenos índices de *validez convergente* de la EVEA, en especial de las subescalas de tristeza-depresión y ansiedad, al mostrar que sus subescalas correlacionan de forma moderada o alta en distintos tipos de población (estudiantes universitarios, pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general, etc.) con otras medidas de autoinforme del estado de ánimo tales como las subescalas de afecto negativo y afecto positivo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), con otras medidas de ansiedad tales como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o las subescalas de ansiedad estado y rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), o con otras medidas de depresión tales como el Inventario de Depresión de Beck de 1978 (BDI-IA), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) o la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) (p. ej., Pacheco-Unguetti et al., 2010; Pino-Sedeño et al., 2010; Provencio Ortega, 2012; Romero Martín, 2012; Sanz, 2001). Por ejemplo, en una muestra de 350 estudiantes universitarios, Pacheco-Unguetti et al. (2010) encontraron una correlación muy alta de 0,81 entre la subescala de ansiedad de la EVEA y la subescala de ansiedad estado del STAI. Sanz et al. (2013), tras revisar siete estudios que habían analizado la relación de la subescala de depresión de la EVEA con el BDI-IA, el BDI-II o la SDS, y que totalizaban una muestra de 857 participantes, encontraron un coeficiente de correlación medio de 0,52 entre ambos instrumentos. Finalmente, Pino-Sedeño et al. (2010), con una muestra de 140 estudiantes universitarios, encontraron que las subescalas de ansiedad y tristeza-depresión de la EVEA correlacionaban 0,64 y 0,74, respectivamente, con la subescala de afecto negativo de la PANAS, mientras que la subescala de alegría de la EVEA correlacionaba 0,67 con la subescala de afecto positivo de la PANAS.

En cuanto a la *validez discriminante*, aunque la literatura científica muestra que los instrumentos que evalúan diferentes estados de ánimo correlacionan entre sí de forma moderada o grande, las correlaciones entre las subescalas de estado de ánimo de la EVEA son menores que las que han obtenido otros instrumentos entre sus subescalas. Por ejemplo, Sanz et al. (2013), tras revisar tres estudios que habían analizado la relación entre las subescalas de la EVEA que miden estados de ánimo negativos (tristeza-depresión, ansiedad e ira-hostilidad), encontraron que dichas correlaciones oscilaron entre 0,34 y 0,78, con una media de 0,47, coeficiente de validez discriminante sensiblemente más bajo que los hallados en la literatura científica con otros autoinformes de estado de ánimo. Por ejemplo, las subescalas de ansiedad, depresión y hostilidad de la MAACL y de su versión revisada (MAACL-R) presentan intercorrelaciones que oscilan entre 0,70 y 0,90 para la MAACL y entre 0,61 y 0,62 para la MAACL-R (Watson y Clark, 1997), mientras que las intercorrelaciones entre dichas escalas de la versión ampliada de la PANAS (PANAS-X) oscilan entre 0,49 y 0,61, con una media de 0,56, y las correlaciones de esas mismas escalas del Perfil de Estados de Ánimos (POMS) fluctúan entre 0,63 y 0,69, con una media de 0,66 (Watson y Clark, 1997).

La *validez de criterio* de la EVEA evaluada mediante el procedimiento de comparar grupos contrastados ha sido examinada en cuatro estudios (Pacheco-Unguetti et al., 2011; Provencio Ortega, 2012, estudios 2 y 3; Romero Martín, 2012, estudio 2; véase Sanz et al., 2013), los cuales revelan, por ejemplo, que, como cabría esperar y en comparación a personas normales o sin trastornos, los pacientes con trastorno depresivo mayor puntúan significativamente más alto en la subescala de depresión (d de Cohen = entre 1,59 y 1,73) y significativamente más bajo en la subescala de alegría (d de Cohen = entre -1,36 y -1,52) (Romero Martín, 2012, estudio 2), mientras que los pacientes con trastornos de ansiedad

puntúan significativamente más alto en la subescala de ansiedad (d de Cohen = 1,49) (Pacheco-Unguetti et al., 2011). También Sánchez López (2011, estudio 3) ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre participantes con trastorno depresivo mayor y sin ningún trastorno psicológico en las subescalas de ansiedad, tristeza-depresión y alegría de la versión abreviada inglesa de la EVEA.

La *validez factorial* de la EVEA también es buena, habiéndose encontrado de forma coincidente en dos estudios con estudiantes universitarios cuatro factores definidos perfectamente por los ítems que componen las cuatro subescalas del instrumento (Pino-Sedeño et al., 2010; Sanz, 2001).

Finalmente, y de manera importante para los objetivos de la EVEA, sus subescalas han demostrado *sensibilidad al cambio* tras la aplicación de muy diferentes PIEAs (p. ej., música, recuerdo autobiográfico, vídeo, imaginación guiada, imágenes) dirigidos a inducir ansiedad, tristeza-depresión o alegría. En especial, las subescalas de los estados de ánimo negativos (tristeza-depresión, ansiedad e ira-hostilidad) se han mostrado especialmente sensibles a dichos PIEAs y, en general, dichos cambios han sido mayores y más consistentes en la subescala relacionada con el estado de ánimo que se pretendía inducir. Así, como se recoge en la revisión de Sanz et al. (2013), en cuatro de cinco estudios (p. ej., Pacheco-Unguetti et al., 2012, estudio 2; Sanz, 1994a, citado en Sanz, 2001) la subescala de la ansiedad de la EVEA mostró incrementos significativos pre-post tras PIEAs para inducir ansiedad, y dichos incrementos fueron grandes en términos del tamaño del efecto (d de Cohen = entre 1,09 y 1,26), mientras que en 10 de 11 estudios (p. ej., Sanz, 1994b, 1997, citados en Sanz, 2001; Hervas y Vazquez, 2013, estudios 2 y 3a) la subescala de tristeza-depresión de la EVEA mostró incrementos significativos pre-post tras PIEAs para inducir tristeza-depresión, y dichos incrementos también fueron, en general, grandes en términos del tamaño del efecto (d de Cohen = entre 0,62 y 2,20, con una media de 1,31). Es más, también las subescalas de tristeza-depresión, ansiedad y alegría de la versión venezolana de la EVEA y de la versión inglesa reducida de la EVEA se han mostrado sensibles a los cambios en el estado de ánimo producidos por PIEAs para inducir tristeza, alegría y ansiedad (Pereira y Vargas, 2005; Sánchez López, 2011, estudio 3). Por otro lado, las subescalas de tristeza-depresión y alegría de la EVEA también se han mostrado sensible a variaciones naturales en el estado de ánimo de estudiantes universitarios (Hervas y Vazquez, 2013, estudio 1).

APLICACIÓN

Tiempo de administración estimado: 1-2 minutos

Normas de aplicación: Las instrucciones de la EVEA hacen hincapié en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se “siente ahora mismo”, en el mismo momento de completar el instrumento. El orden de presentación de los ítems en la EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que dos ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento en que se administró el instrumento. En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-

depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alcaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14), y, finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15). Algunos investigadores prefieren no dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala por el número de ítems, y, en lugar de puntuaciones entre 0 y 10, obtienen puntuaciones en cada subescala que oscilan entre 0 y 40 (p. ej., Arjona Arcas, 2002; Hervas y Vazquez, 2013; Romero Martín, 2012). En cualquier caso, una puntuación más alta en las subescalas de la EVEA indica, respectivamente, un mayor nivel de tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad o alegría. Para interpretar las puntuaciones de las subescalas de la EVEA, también se pueden emplear los valores normativos (medias y desviaciones típicas) proporcionados por Sanz (2001, tabla 1) y obtenidos con una muestra de 402 estudiantes universitarios españoles evaluados de forma individual en una cabina de un laboratorio universitario. Dado que las puntuaciones de la EVEA se distribuyen aproximadamente de forma normal (salvo en el caso de la subescala de ira-hostilidad; Sanz, 2001), una puntuación que supere dos desviaciones típicas por encima de la media de la subescala correspondiente dejaría por debajo al 98% de la población de estudiantes universitarios españoles (se corresponde con el percentil 98 o puntuación T igual a 70).

Momento de aplicación: Tanto antes como durante o después de un procedimiento de inducción de estado de ánimo, y en cualquier momento en el que se desee conocer el estado de ánimo actual de una persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencia original:

Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: “La Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.

Referencias de las versiones en inglés:

Sánchez López, A. (2011). *Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en: <http://eprints.ucm.es/14460/1/T33365.pdf>

Sanchez, A., Vazquez, C., Marker, C., LeMoult, J., y Joormann, J. (2013). Attentional disengagement predicts stress recovery in depression: an eye-tracking study. *Journal of Abnormal Psychology*.

Sanz, J. (2013). *An English version of the “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA): the Scale for Mood Assessment*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Otras referencias de interés o citadas en la ficha:

Arjona Arcas, F. J. (2002). *Evaluación subjetiva y respuestas psicofisiológicas en la inducción de estados de ánimo ante procedimientos audiovisuales*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

- Del Pino-Sedeño, T., Peñate, W., y Bethencourt, J. M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154), 19-32.
- Hervas, G., y Vazquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11, 881-895.
- Hervas, G., y Vazquez, C. (2013). Low spirits keep rewards subdued: decreases in sensitivity to reward and vulnerability to dysphoria. *Behavior Therapy*, 44, 62-74.
- Pacheco-Unguetti, A. P. (2010). *Anxiety, cognitive control and processing styles*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en:
<http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/18920810.pdf>
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A., y Lupiáñez, J. (2010). Attention and anxiety: different attentional functioning under state and trait anxiety. *Psychological Science*, 21, 298-304.
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Marqués, E., y Lupiáñez, J. (2011). Alterations of the attentional networks in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 888-895.
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Lupiáñez, J., Román, N., y Derakshan, N. (2012). Response inhibition and attentional control in anxiety. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 65, 646-660.
- Pereira, I., y Vargas, G. (2005). *Efectos del estado de ánimo inducido sobre el recuerdo de palabras cargadas afectivamente*. Tesis de licenciatura. Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en:
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ4578.pdf>
- Pérez Dueñas, C. (2008). *Estudio de los mecanismos atencionales en el procesamiento afectivo de participantes con ansiedad elevada vs. baja*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en:
<http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/17734307.pdf>
- Provencio Ortega, M. (2012). *Patrones de escaneo visual ante expresiones faciales negativas en personas con creencias persecutorias*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Consultada en internet el 21 de marzo de 2013 en:
<http://eprints.ucm.es/17108/1/T34032.pdf>
- Romero Martín, N. (2012). *Memoria auto-referente y autobiográfica en la depresión mayor: factores de vulnerabilidad implicados*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en:
<http://eprints.ucm.es/17113/1/T34033.pdf>
- Sanz, J. (1993). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Consultada en internet el 26 de febrero de 2013 en:
<http://www.ucm.es/BUCM/tesis/19911996/S/4/S4004801.pdf>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., y García-Vera, M. P. (2013). *Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA): una revisión*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Watson, D., y Clark, L. A. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: recurrent and emergent issues. En J. A. Schinka y R. L. Greene (Eds.), *Emerging issues and methods in personality assessment* (pp. 173-202). Mahwah, NJ: LEA.

ANEXO 06

Tabla 04: Estado de ánimo según edad en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo	edad				Total	
	de 60 a 65 años		de 66 a 70 años		fi	%
	fi	%	fi	%		
Muy negativo	0	0	0	0	0	0
Negativo	0	0	0	0	0	0
Ni negativo ni positivo	1	5	1	5	2	10
Positivo	6	30	10	50	16	80
Muy positivo	2	10	0	0	2	10
Total	9	45	11	55	20	100

Fuente: Escala de evaluación del estado de ánimo (EVEA) aplicado, 2015

Tabla 05: Estado de ánimo según sexo en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo	sexo				Total	
	masculino		femenino		fi	%
	fi	%	fi	%		
Muy negativo	0	0	0	0	0	0
Negativo	0	0	0	0	0	0
Ni negativo ni positivo	1	5	1	5	2	10
Positivo	3	15	13	65	16	80
Muy positivo	1	5	1	5	2	10
Total	5	25	15	75	20	100

Fuente: Escala de evaluación del estado de ánimo (EVEA) aplicado, 2015

Tabla 06: Estado de ánimo según religión en los adultos mayores, después de la sesiones de musicoterapia. Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2015.

Estado de ánimo	religión						total	
	católico		adventista		nazareno		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
muy negativo	0	0	0	0	0	0	0	0
negativo	0	0	0	0	0	0	0	0
ni negativo ni positivo	2	10	0	0	0	0	2	10
positivo	13	65	2	10	1	5	16	80
muy positivo	2	10	0	0	0	0	2	10
Total	17	85	2	10	1	5	20	100