



## **CENTRO DE POSGRADOS**

### **PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PSICOPREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL COHORTE 2022**

**TEMA:** Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación vulnerabilidad.

Plan de trabajo de titulación, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel de Magister en Psicología Clínica Psicoprevención y Promoción de la Salud Mental

**Modalidad del Trabajo de Titulación:** Proyecto de Titulación

**Autor(a):** Psc. Mónica Jacqueline Paredes Guevara

**Director(a):** Psc. Cl. MG. Norma Dalinda Escobar Parra

AMBATO – ECUADOR

2022

## **APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad/Centro

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación, presidido por: *Lic. Mg. Miriam Ivonne Fernández Nieto*, e integrado por los señores: *Ps. Cli. Msc. Diego Javier Mayorga Ortiz*, *Psi. Cli. Mg. Fabricio Alejandro Vásquez De La Bandera*, designados por la Unidad Académica de Titulación del Centro de Posgrados de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “*Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación vulnerabilidad*” elaborado y presentado por la señora. *Psc. Gral. Mónica Jacqueline Paredes Guevara* para optar por el Título de cuarto nivel de Magíster en Psicología Clínica Psicoprevención y Promoción de la Salud Mental; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

*Lic. Miriam Ivonne Fernández Nieto*  
**Presidente y Miembro del Tribunal**

*Ps. Cli. Msc. Diego Javier Mayorga Ortiz*  
**Miembro del Tribunal**

*Psi. Cli. Mg. Fabricio Alejandro Vásquez De La Bandera*  
**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación de vulnerabilidad”, le corresponde exclusivamente a: Psc. Gral. Mónica Jacqueline Paredes Guevara Autora bajo la Dirección la Dra. Mg. Norma Dalinda Escobar Parra. Directora del Trabajo de Titulación, y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Psc. Gral. Mónica Jacqueline Paredes Guevara

*CC.:1804632279*

**AUTORA**

-----  
Dra. Mg. Norma Dalinda Escobar Parra.

*CC: 0602584773*

**DIRECTORA**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Psc. Gral. Mónica Jacqueline Paredes Guevara

*CC.:1804632279*

## INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

<b>INDICE GENERAL DE CONTENIDOS</b> .....	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>IX</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>10</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>14</b>
<b>EL PROBLEMA GENERAL DE LA INVESTIGACION</b> .....	<b>14</b>
2.1 INTRODUCCIÓN .....	<b>14</b>
2.2. JUSTIFICACIÓN .....	<b>15</b>
2.3 OBJETIVOS .....	<b>16</b>
2.3.1. GENERAL .....	<b>16</b>
2.3.2. ESPECÍFICOS .....	<b>16</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>17</b>
<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>17</b>
A) ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	<b>17</b>
B) FUNDAMENTACION CIENTIFICA .....	<b>23</b>
<b>2.4. RIESGO SUICIDA</b> .....	<b>23</b>
2.4.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL RIESGO SUICIDA .....	<b>24</b>
2.4.2 CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DEL SUICIDIO .....	<b>26</b>
2.4.3 FACTORES DEL SUICIDIO .....	<b>28</b>
2.2.4 MUSICOTERAPIA.....	<b>31</b>
2.2.5 LA MUSICOTERAPIA Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES .....	<b>35</b>
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>38</b>

<b>3. MARCO METODOLOGICO .....</b>	<b>38</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	38
3.2 POBLACIÓN O MUESTRA .....	38
3.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS - PREGUNTA CIENTÍFICA – IDEA A DEFENDER. ....	39
3.4 ASPECTOS ÉTICOS Y DE GÉNERO.....	39
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	40
3.6 RESPONSABILIDADES DE LA INVESTIGADORA:.....	44
3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: .....	45
3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO: .....	46
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>47</b>
<b>4. DISCUSION Y RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
4.1 RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS. ....	47
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA. ....	47
TABLA 2. TOTAL, DE ADULTOS MAYORES .....	47
4.2 DISCUSIÓN .....	53
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>55</b>
<b>5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA,</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>58</b>
<b>5.4. ANEXOS.....</b>	<b>63</b>
5.4.1. ANEXO 1: AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL .....	63
5.4.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	64
5.4.3. ANEXO 3: ESCALA DEL RIESGO SUICIDA DE PLUTCHINK .....	68
5.4.4. ANEXO 4: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.....	69
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>70</b>
<b>6. PROPUESTA .....</b>	<b>70</b>

6.1. TÍTULO.....	70
6.2. DESCRIPCIÓN .....	70
<b>TALLER 1: MODELO DE BENENZON .....</b>	<b>70</b>
<b>TALLER 2 TÉCNICAS DE DALCROZE.....</b>	<b>72</b>
TALLER 3 TÉCNICAS DE JACOBSON.....	74
<b>TALLER 4 TÉCNICAS DE GIMNASIA RÍTMICA – ADULTOS MAYORES ACTIVOS .....</b>	<b>75</b>
6.3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA .....	77
6.4. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.....	77
INTERVENCION 1 .....	79
INTERVENCION 2.....	80
<b>INTERVENCION 3.....</b>	<b>81</b>
<b>INTERVENCION 4.....</b>	<b>82</b>

## ÍNDICE DE TABLAS.

<b>Tabla 1. Factores del riesgo suicida.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 2. Total, de Adultos Mayores .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 3. Frecuencias del nivel del riesgo suicida pre.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 4. Frecuencias del nivel riesgo Suicida post.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 5. Frecuencias de nivel de depresión Pre .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 6. Frecuencias de Depresión Post .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 7. Estadística Descriptiva .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 8. Prueba Wilcoxon para muestras apareadas.....</b>	<b>52</b>



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por darme la bienvenida como miembro de su comunidad estudiantil y por su constante atención hacia nuestra formación académica.

Expreso mi gratitud a la Dra. Mg. Normita Escobar por su dirección en esta tesis. Su experiencia y orientación han sido fundamentales, inspirándome a buscar nuevas formas de mejorar.

Quiero dedicar un agradecimiento especial a mis padres, así como a mis hijos, cuyo amor, paciencia y apoyo han sido fundamentales en el logro de este sueño. Gracias por permitirme alcanzar otro hito en mi vida.

## **DEDICATORIA**

Quiero agradecerte, Chiki, por tu afecto y por ser mi inspiración para continuar avanzando. Gracias por entrar en mi vida y colmar mi corazón de alegría.

Agradezco profundamente a mis padres, cuya paciencia, amor y sacrificio han hecho posible que alcance una de mis metas más importantes. Su ejemplo de perseverancia y valentía ha sido fundamental en mi camino.

A Ian y Sebas les expreso mi gratitud por su amor incondicional a lo largo de esta travesía. Siempre están a mi lado, apoyándome en cada una de mis metas y sueños.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**CENTRO DE POSGRADOS**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PSICOPREVENCIÓN Y PROMOCIÓN**  
**DE LA SALUD MENTAL**

**TEMA:**

**ESTRATEGIAS DE MUSICOTERAPIA PARA DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA EN  
ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN VULNERABILIDAD**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** Proyecto De Desarrollo

**AUTOR:** *Psc. Gral. Mónica Jacqueline Paredes Guevara.*

**DIRECTOR:** *Psc. Cl. Norma Dalinda Escobar Parra Msc.*

**FECHA:** *15/03/2024*

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El diseño de estrategias de musicoterapia para la prevención psicológica y la reducción del riesgo suicida en personas adultas mayores vulnerables es una iniciativa crucial en el ámbito de la salud mental y el bienestar. La musicoterapia ofrece un enfoque innovador que puede influir positivamente en el estado emocional y psicológico de esta población en riesgo. Algunos aspectos clave a considerar en este diseño son: la identificación de necesidades específicas: Es fundamental comprender las necesidades individuales y los desafíos únicos que enfrentan los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, como el aislamiento social, la depresión y la falta de apoyo emocional. La selección de intervenciones musicales adecuadas: La musicoterapia ofrece una variedad de intervenciones, desde escuchar música hasta hacer música activamente, que pueden adaptarse para abordar las necesidades de esta población. Es importante considerar las preferencias musicales y las experiencias pasadas de los participantes para maximizar la efectividad de la intervención. La promoción del bienestar emocional y social: La musicoterapia puede servir como un medio para expresar emociones difíciles, fomentar la conexión social y promover un sentido de pertenencia y significado en la vida. Estos aspectos son fundamentales para la prevención de la depresión y el riesgo suicida en adultos mayores vulnerables. El diseño de estrategias de musicoterapia para la prevención psicológica y la reducción del riesgo suicida en adultos mayores vulnerables es una intervención prometedora que puede tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de esta población. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, para evaluar la depresión y el riesgo suicida se utilizó la escala de Depresión de Yesavage y la escala de

Riesgo suicida de Plutchik. Resultados: La investigación tuvo 20 participantes quienes después de las estrategias de intervención de musico tapia obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa.

**DESCRIPTORES:** MUSICOTERAPIA ADULTOS MAYORES, SUCIDIO.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA GENERAL DE LA INVESTIGACION**

#### **2.1 Introducción**

El presente estudio de investigación se enfocó en el riesgo suicida de las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad, y se propusieron estrategias de musicoterapia para contribuir a la prevención psicológica con el objetivo de reducir dicho riesgo.

El envejecimiento es un proceso natural y biológico que conlleva cambios orgánicos, como la progresiva dificultad para llevar a cabo actividades cotidianas, pérdida de funcionalidad y la presencia de enfermedades crónicas tanto físicas como mentales.

Los participantes beneficiarios de este estudio fueron un grupo de adultos mayores del Hogar Santa Marianita de Jesús. El propósito fue generar conciencia sobre la importancia de reconocer y abordar el riesgo suicida, así como sus diversos factores asociados, con el fin de mejorar sus condiciones de vida y fomentar su participación activa en el diagnóstico y prevención del riesgo suicida.

Se implementaron estrategias de musicoterapia como una alternativa terapéutica preventiva. Estas actividades promovieron la participación, interacción social, comunicación, movimiento, expresión y creatividad entre los participantes. Se ha demostrado que la musicoterapia aporta beneficios cognitivos, físicos, socioemocionales y espirituales (Pereira M. , 2016)

Este estudio también representa una contribución significativa al campo de la Psicología, al abordar las prioridades de investigación y prevención en salud mental y trastornos de comportamiento relacionados con el adulto mayor. Su objetivo es brindar una atención integral y oportuna a esta población vulnerable.

## **2.2. Justificación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Este fenómeno puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y, en muchos casos, las personas que intentan suicidarse experimentan ambivalencia emocional y buscan principalmente poner fin al sufrimiento, en lugar de desear la muerte (Gutierrez Ana, 2006)

Los adultos mayores pueden enfrentar diversos factores de riesgo para el suicidio, como enfermedades crónicas, discapacidades, pérdida de funcionalidad, abandono, violencia, dependencia de sustancias, trastornos mentales, características de la personalidad, trastornos del estado de ánimo y condiciones médicas. La ideación suicida es un componente importante del suicidio, que incluye la planeación, la preparación, el intento y el acto consumado, aunque estas etapas no necesariamente se presentan en orden secuencial (Ramirez Arango, 2016).

En la presente investigación, se implementaron estrategias de musicoterapia, como talleres de intervención, con el objetivo de mejorar la condición fisiológica, conductual y emocional de los adultos mayores. La música ha sido utilizada desde la antigüedad con propósitos curativos, siendo reconocida por figuras como Platón y Aristóteles como una técnica para modificar el estado de ánimo y las emociones (Pino, 2004).

En Ecuador, la tasa de mortalidad por suicidio presenta variaciones significativas según las provincias y regiones naturales. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de 2018, en la Sierra y la Amazonía se registran tasas más altas, particularmente en áreas urbanas. En el caso específico de los adultos mayores en Tungurahua, se estima que 8 de cada 10.000 habitantes fallecen por suicidio. Los métodos más utilizados incluyen el ahorcamiento, la ingesta de productos químicos nocivos y otras causas diversas (INEC, 2018).

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1. General**

Diseñar estrategias de musicoterapia para la prevención psicológica y disminuir el riesgo suicida de las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.

### **2.3.2. Específicos**

- a. Evaluar el riesgo suicida de la población en estudio mediante la escala del riesgo suicida de Plutchik y la escala de depresión Geriátrica de Yesavage.
- b. Aplicar las estrategias de música terapia que influyan en la disminución del riesgo suicida de los adultos mayores.
- c. Comprobar la eficacia de la aplicación de las estrategias de música terapia con los adultos mayores.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **a) ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

La Musicoterapia científica es una técnica terapéutica ampliamente reconocida en la actualidad, con un creciente interés en su aplicación. Se encuentra dentro del grupo de terapias creativas, que incluye la Danza-Terapia, Arte-Terapia, Poesía-Terapia y Psicodrama. Es importante destacar que la Musicoterapia no se considera una terapia alternativa. (Marcelo Miranda, 2017).

La vida emocional del ser humano comienza desde el vientre materno, donde se configuran aspectos fundamentales de su identidad y su forma de relacionarse con el mundo. Esta dimensión emocional requiere de formación y educación para el beneficio tanto del individuo como de la sociedad en su conjunto, dado que el ser humano es un ser social.

La Musicoterapia se destaca por su capacidad para interactuar con la vida emocional de las personas. La música tiene la capacidad de inducir, crear y recrear estados de ánimo, lo que la convierte en una herramienta fundamental en el tratamiento terapéutico. Esta capacidad de la música para influir en los estados emocionales la hace especialmente adecuada para abordar diversas problemáticas psicológicas y emocionales.

Gonzales en 2012 llevó a cabo un estudio sobre el suicidio en adultos mayores en Guantánamo, Cuba, con el propósito de caracterizar los suicidios en esta población. Observó

que la conducta suicida representa la manifestación más extrema de violencia hacia uno mismo, lo que ha generado preocupación e interés en su estudio. (Gonzales Fernandez, 2012).

En este estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, se analizaron variables como la edad, estado civil, sexo y nivel educativo para caracterizar las muertes violentas en adultos mayores. Los resultados indicaron que el 25.53% de las muertes violentas correspondieron a suicidios, con un total de 24 casos. El sexo masculino fue predominante, representando el 83.33% de los casos, mientras que el sexo femenino representó el 16.66%.

Se concluyó que el sexo masculino, particularmente en el rango de edad de 60 a 69 años, presentó una mayor prevalencia de suicidios. Además, se observó que el método más común de suicidio en hombres fue el ahorcamiento, mientras que en mujeres predominó la ingesta de psicofármacos u otras sustancias tóxicas. (Gonzales Fernandez, 2012).

Peña - Caballero llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal en 66 adultos mayores en Santiago de Chile. Se destacó que el envejecimiento no es exclusivo de la sociedad moderna, sino que está presente en todas las etapas del desarrollo social, siendo un sector importante de la sociedad humana. En Cuba, por ejemplo, el 17% de la población supera los 60 años de edad, y el suicidio en la tercera edad ocupa el sexto lugar entre las principales causas de muerte en todo el territorio., para este estudio, se seleccionaron 66 adultos mayores, con un predominio del 62.1% de mujeres y el 37.9% de hombres, que cumplían los criterios de inclusión: tener 60 años o más y conservar capacidades psíquicas para realizar actividades diarias., Los resultados indicaron que la mayoría de los ancianos presentaban depresión,

miedo a la muerte y duelo. Se encontró una relación entre estos aspectos y el comportamiento suicida, destacando los factores psicológicos como determinantes. Específicamente, se observó una alta incidencia de depresión severa (60.6%), miedo a la muerte (59%) y duelo (56%) en la población estudiada. Se concluyó que la depresión era el factor con mayor incidencia para posibles suicidios, hallazgo que coincide con investigaciones previas (Caballero, 2011).

Para Rubio y López en 2009, la investigación se llevó a cabo en un grupo de cien adultos mayores institucionalizados en tres residencias de la provincia de Granada. El objetivo principal fue describir la prevalencia de la conducta suicida en personas mayores que residen en estas instituciones. Se tomaron en cuenta variables como la edad, género, nivel educativo, estado civil, tiempo de residencia en la institución, frecuencia y origen de las visitas, diagnóstico médico, capacidad funcional y percepción de salud. (Rubio & López, 2009)

Los individuos con tendencias suicidas suelen experimentar sentimientos de desesperanza y frustración, percibiéndose como incapaces de resolver sus problemas y sin confianza en que otros puedan ayudarlos. Estas personas presentan dificultades significativas para afrontar situaciones problemáticas. La conducta suicida en los ancianos está asociada con la depresión, la soledad y los estresores de la vida, como las enfermedades físicas. En esta etapa de la vida, el suicidio puede ocurrir de manera impremeditada e impulsiva, a menudo desencadenado por eventos aparentemente menores que no afectan a la familia.

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos mayores, con una tasa de 12 por cada 100,000 personas en la población general, siendo más elevada en aquellos mayores de 65 años. Para evaluar a los participantes, se utilizó el Mini-Examen Cognitivo de Lobo (MEC) para seleccionar a aquellos con un estado cognitivo adecuado, y luego se aplicó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Adaptación Española). Los resultados mostraron que el 59% de las personas no presentaban riesgo suicida, mientras que el 41% restante mostraba algún nivel de riesgo. (Rubio & López, 2009).

Muchas personas experimentan pensamientos suicidas, y cerca de un tercio de aquellos que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en el plazo de un año. Se estima que por cada suicidio hay de 20 a 25 intentos, siendo este número aún mayor en el caso de adultos mayores, llegando a 43 intentos por cada suicidio exitoso. Aproximadamente el 10% de aquellos que intentan suicidarse logran hacerlo. Los adultos mayores, especialmente aquellos mayores de 60 años, son el grupo etario con mayores tasas de suicidio. (OPS, 2006).

Los principales factores asociados con el suicidio en esta población incluyen enfermedades mentales, pérdida funcional, enfermedades físicas, causas psiquiátricas y factores psicológicos como la depresión, baja autoestima, desesperanza y aburrimiento. Además, los factores familiares, sociales y ambientales también desempeñan un papel importante en la ideación suicida.

En un estudio analítico transversal llevado a cabo en las ciudades de Medellín, Barranquilla y Pasto en Colombia, se exploraron diversos factores demográficos, sociales y familiares, así

como la presencia de maltrato, riesgo de depresión, hábitos y condiciones de salud que influyen en la ideación suicida del adulto mayor. Se encontró que el 50% de los participantes tenían más de 69 años, y que el 58.2% eran mujeres. En Barranquilla se observó el mayor porcentaje de adultos en estratos socioeconómicos bajos, mientras que en Medellín predominaba el estrato alto. La educación y el estado civil también variaban entre las ciudades. Este estudio proporcionó una línea base para investigaciones futuras, destacando la importancia de abordar la ideación suicida en la población de adultos mayores en Colombia (Arang, Jaramillo, & Cordona, 2016).

Vargas plantea que la música "es el arte de organizar sensible y lógicamente una combinación de sonidos y silencios, utilizando los principios básicos de la melodía, la armonía y el ritmo, mediante la intervención de complejos procesos psicoanímicos". La musicoterapia, por otro lado, tiene sus raíces en el siglo XVI, con la aplicación de formas y estilos musicales en diferentes problemas de orden psicoanalítico. (Vargas, 2009).

La musicoterapia se define como el uso de la música dentro de una estructura terapéutica con el objetivo de restaurar, potenciar o mantener el funcionamiento físico, emocional, cognitivo o social de las personas. Este enfoque terapéutico es llevado a cabo por profesionales capacitados conocidos como musicoterapeutas.

En resumen, la musicoterapia utiliza la música como herramienta terapéutica para abordar una variedad de necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de las personas, y su práctica se basa en principios fundamentales de la música y la psicología (Vargas, 2009).

El trabajo presentado constituye una invitación a reflexionar sobre el potencial de la musicoterapia como herramienta de apoyo en la atención a la diversidad de necesidades educativas. A través de una metodología analítico-práctica, se evidencia cómo la musicoterapia puede tener un impacto positivo en las relaciones grupales y en el bienestar personal de los participantes.

Un estudio realizado en el Instituto de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid durante los años 2004-2005 utilizó la musicoterapia durante todo el curso, con dos sesiones semanales. Aunque el grupo de participantes era numeroso, las actividades se centraron en las vivencias personales en torno al sonido y la música, basadas en la improvisación. Esto permitió que los miembros del grupo fueran los creadores de su propia música y ambiente sonoro, sin necesidad de conocimientos musicales previos. (Rovira, 2017). En donde se observó que la musicoterapia continuamente proporcionaba resultados beneficiosos, como la mejora de los progresos personales, la integración en el aula, el fortalecimiento de las relaciones entre los miembros del grupo, el aumento de la autoestima, el autoconcepto y la autoconfianza personal. Estos beneficios se reflejaron en un mejor desempeño académico de muchos alumnos. En resumen, este estudio subraya la importancia y efectividad de la musicoterapia como una herramienta complementaria en el ámbito educativo, brindando oportunidades para el crecimiento personal y académico de los estudiantes.

En conclusión, la musicoterapia emerge como una poderosa herramienta en la prevención y abordaje del riesgo suicida, ofreciendo un enfoque terapéutico único que integra la expresión musical y la intervención clínica. Al proporcionar un espacio seguro para la exploración

emocional y la comunicación no verbal, la musicoterapia permite a los individuos enfrentar sus sentimientos de desesperanza y soledad, fortalecer la autoestima y desarrollar habilidades de afrontamiento saludables. Al mismo tiempo, la música actúa como un puente hacia la conexión emocional y la construcción de relaciones significativas, lo que puede contrarrestar los sentimientos de alienación y desconexión social que a menudo acompañan al riesgo suicida. En última instancia, al reconocer y responder a la complejidad de la experiencia humana a través del poder transformador de la música, la musicoterapia se posiciona como una valiosa aliada en la lucha contra el suicidio, brindando esperanza, sanación y posibilidades de vida renovadas.

## **b) FUNDAMENTACION CIENTIFICA**

### **2.4. Riesgo Suicida**

Dado que este estudio se enfoca en el riesgo suicida en personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y en cómo la musicoterapia ofrece alternativas terapéuticas para el bienestar psicológico, en esta sección se proporcionará un sustento teórico de estas variables para contribuir a la coherencia y consistencia de la investigación. Se iniciará desde una perspectiva general hasta una más específica, explorando la relación entre el envejecimiento, la vulnerabilidad psicológica y el riesgo suicida en los adultos mayores. Además, se examinarán los principios fundamentales de la musicoterapia, su aplicación en la población adulta mayor y su eficacia en la prevención y tratamiento del riesgo suicida. Al integrar estos elementos teóricos, se espera comprender mejor la interacción entre el riesgo suicida y la

musicoterapia, proporcionando una base sólida para el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas y centradas en el paciente.

#### **2.4.1 Contextualización del riesgo suicida**

El suicidio, como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, está intrínsecamente relacionado con una variedad de factores psicopatológicos y ambientales. Entre los factores psicopatológicos más destacados se encuentran la depresión, la psicosis y el consumo de drogas, mientras que los factores sociales como el aislamiento, el abandono familiar y las situaciones laborales también desempeñan un papel importante. Además, existen factores biológicos, como la heredabilidad, que contribuyen a la predisposición al suicidio, así como factores ambientales, como el estrés, el maltrato y la violencia, que pueden desencadenar pensamientos suicidas.

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida voluntariamente, y comprende tanto la ideación suicida como el acto suicida en sí mismo. (OPS, 2006). Se pueden identificar diferentes tipos de comportamientos suicidas, que van desde los actos fatales de suicidio consumado hasta los intentos de suicidio con alta o baja letalidad, cada uno asociado a distintos niveles de intensidad y planificación.

Este fenómeno representa un grave problema de salud pública, con casi la mitad de las muertes violentas atribuibles al suicidio. De hecho, se estima que anualmente un millón de personas se quitan la vida en todo el mundo, superando en número a las muertes por homicidios y guerras combinadas. En países desarrollados, el suicidio ocupa un lugar



destacado entre las principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, lo que subraya su impacto significativo en la sociedad. A pesar de estas cifras alarmantes, en América Latina la tasa de suicidios es relativamente menor en comparación con otras regiones del mundo.

La contextualización del riesgo suicida implica comprender su naturaleza multifacética y las diversas variables que influyen en su manifestación. El suicidio es un fenómeno complejo que puede ser resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. (Reyes & Romero, 2012).

En primer lugar, los factores biológicos pueden jugar un papel significativo en el riesgo suicida, incluyendo predisposiciones genéticas, desequilibrios químicos en el cerebro y enfermedades mentales como la depresión y la esquizofrenia.

En segundo lugar, los factores psicológicos, como la presencia de trastornos del estado de ánimo, la impulsividad, la baja autoestima y la falta de habilidades de afrontamiento, pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona al suicidio.

Los factores sociales también son relevantes, ya que el aislamiento social, la falta de apoyo emocional, la discriminación, el acoso y los conflictos familiares pueden contribuir al riesgo suicida.

Finalmente, los Los factores sociales también son relevantes, ya que el aislamiento social, la falta de apoyo emocional, la discriminación, el acoso y los conflictos familiares, pueden desencadenar pensamientos y comportamientos suicidas en individuos vulnerables.

Es importante reconocer que el riesgo suicida es un problema de salud pública significativo que afecta a personas de todas las edades, géneros, grupos étnicos y contextos socioeconómicos. Por lo tanto, abordar el riesgo suicida requiere un enfoque integral que incluya la prevención, la identificación temprana, la intervención y el apoyo continuo a aquellos que están en riesgo.

#### **2.4.2 Consideraciones históricas del suicidio**

En la antigua Grecia, el suicidio fue abordado como un problema social y legal, siendo considerado un delito por el Estado. Los suicidas enfrentaban castigos severos, como la mutilación del cadáver, entierros aislados y la deshonra familiar. Sin embargo, con el tiempo y las influencias de filósofos como Aristóteles y Platón, la percepción del suicidio comenzó a cambiar. Bajo ciertas condiciones, como el amor, la enfermedad o como forma de castigo por una grave injuria cometida ante el Estado, el suicidio no era considerado un delito y podía ser aceptado socialmente. Ejemplos notables de este cambio de percepción incluyen el suicidio de Sócrates. (Amador, 2015).

En el Imperio Romano, los conceptos anti-suicidas de Aristóteles y Platón continuaron influyendo en la visión general del suicidio. Sin embargo, hubo algunas variaciones en su tratamiento legal. Por un lado, el suicidio no era penalizado en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena. Por otro lado, se penalizaba si comprometía los bienes económicos del Estado o de un miembro de la comunidad, como en el caso de guerreros, esclavos y estafadores. (Amador, 2015).

En la Edad Media, la influencia de la religión fue significativa en la percepción del suicidio, pero la penalización por este acto seguía vigente en muchas sociedades. (Amador, 2015).

Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, con aproximadamente 800,000 personas que se quitan la vida cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Las estadísticas muestran que al menos el 80% de los suicidios ocurren en personas que están experimentando un estado depresivo, especialmente aquellos con depresión mixta o trastorno bipolar (OMS, 2021).

Durante la Edad Media, la visión del suicidio estuvo influenciada en gran medida por la religión, siendo considerado un pecado grave en muchas culturas cristianas y castigado tanto en vida como en la posteridad. Este punto de vista persistió en gran parte de la historia occidental. En la era moderna, especialmente con el surgimiento de la medicina y la psicología como disciplinas científicas, la comprensión del suicidio se expandió, reconociéndolo como un problema de salud mental y social. Se desarrollaron teorías y enfoques terapéuticos para abordar las causas subyacentes del suicidio, como la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales. (Rivera, 2015).

Hoy en día, el suicidio sigue siendo un desafío importante de salud pública en todo el mundo, con un enfoque cada vez mayor en la prevención, la detección temprana y la intervención. Se reconoce la necesidad de abordar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen al riesgo suicida, así como de proporcionar apoyo y tratamiento adecuados a quienes están en riesgo. En este sentido, las consideraciones históricas sobre el suicidio nos ayudan a comprender su complejidad y a informar las estrategias contemporáneas para su prevención y manejo.

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido objeto de diversas percepciones y actitudes en diferentes culturas y períodos de tiempo. En las civilizaciones antiguas, como la griega y la romana, el suicidio se consideraba un acto de deshonor y condenable por la sociedad y el Estado. Las personas que optaban por quitarse la vida enfrentaban la penalización de sus acciones, que podía incluir la mutilación del cadáver y el desprecio público.

### **2.4.3 Factores del suicidio**

Las personas adultas mayores enfrentan un riesgo significativamente mayor de suicidio en comparación con los jóvenes, con una tasa que es 1,5 veces mayor. Este riesgo se ve influenciado por una serie de factores, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, la presencia de ideación suicida, trastornos de pánico y pérdidas recientes, ya sea de salud, laborales, personales o económicas. Además, los adultos mayores tienen una mayor predisposición a manifestar actitudes disfuncionales, como la desesperanza, el aislamiento social y las demencias. (Buitrago, 2018).

En cuanto a los métodos utilizados para el suicidio, los ancianos tienden a recurrir a formas más letales, como el ahorcamiento, el disparo con arma de fuego, la ingestión de sustancias tóxicas o la intoxicación con monóxido de carbono. (Barreno, 2012).

El suicidio se considera un fenómeno multifactorial, y el adulto mayor es especialmente vulnerable a las conductas suicidas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional asociado con el proceso de envejecimiento, especialmente en un entorno de exclusión afectiva y social. Es importante destacar que muchos casos de suicidio en esta población están relacionados con el abandono, el maltrato y el desprecio, lo que subraya la necesidad de abordar adecuadamente estas cuestiones para prevenir futuros casos.

**Tabla 1: Factores del suicidio.**

Tabla 1. Factores del riesgo suicida

Factores	Biológico	Psicológico	Social
<b>Protección</b>	Actividad física. Atención personalizada. Autocuidado. Buena alimentación. Compensación de capacidades. Funcionalidad. Higiene. Potencialización de capacidades. Salud física.	Autoestima. Bienestar emocional. Flexibilidad y adaptación a los cambios. Motivación. Planificación (segundo proyecto de vida). Soporte emocional.	Actividades recreativas. Ambientes protésicos (que se adapten o sean congruentes con las capacidades de la persona). Apoyo familiar. Apoyo informal o formal. Interacción grupal. Redes de apoyo.
<b>Riesgo</b>	Antecedentes familiares de conducta suicida. Autonegligencia. Demencias. Discapacidades. Enfermedades crónico-degenerativas. Enfermedades crónicas no transmisibles. Hospitalizaciones recurrentes. Incapacidades.	Conflictos familiares. Consumo de sustancias psicoactivas. Edad avanzada (de 65 años en adelante). Eventos traumáticos (accidentes). Ocio. Pérdidas. Sentimientos de desesperanza o incompreensión. Sexo masculino. Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad).	Abandono. Aislamiento. Ambiente demasiado protector, complejo o desafiante. Baja escolaridad. Bajos ingresos. Desempleo. Discriminación. Jubilación. Malos tratos: abandono, negligencia, abuso, violencia.

Fuente: Factores de riesgo y de protección del suicidio en adultos mayores según modelo Biopsicosocial. (Montes de Oca, 2019).

Los factores asociados al suicidio son diversos y pueden variar dependiendo de la situación y las características individuales de cada persona. Algunos de los principales factores del suicidio incluyen:

- a) Trastornos mentales: La depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos aumentan significativamente el riesgo de suicidio.
- b) Ideación suicida: Pensamientos recurrentes sobre la muerte, el deseo de morir o la falta de esperanza en el futuro pueden llevar a conductas suicidas.
- c) Historia de intentos de suicidio previos: Aquellas personas que han intentado suicidarse anteriormente tienen un mayor riesgo de volver a intentarlo.
- d) Abuso de sustancias: El consumo de alcohol y drogas puede aumentar la impulsividad y disminuir los inhibidores naturales, lo que aumenta el riesgo de comportamiento suicida.
- e) Pérdidas significativas: La pérdida de un ser querido, la ruptura de una relación, la pérdida de empleo o problemas financieros pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y desesperación que contribuyen al suicidio.
- f) Estrés crónico: Situaciones de estrés continuo, como problemas familiares, acoso laboral o conflictos interpersonales, pueden aumentar el riesgo de suicidio.

- g) Enfermedades crónicas: El dolor crónico, las enfermedades graves o debilitantes y la discapacidad pueden afectar negativamente la calidad de vida y aumentar el riesgo de suicidio.
- h) Acceso a medios letales: El acceso a armas de fuego, medicamentos letales u otros medios para cometer suicidio puede aumentar la probabilidad de que una persona lleve a cabo un acto suicida.
- i) Aislamiento social: La falta de apoyo social, la soledad y el aislamiento pueden aumentar el riesgo de suicidio al dejar a la persona sin recursos para afrontar sus problemas.
- j) Factores genéticos y biológicos: Algunos estudios sugieren que ciertas predisposiciones genéticas y cambios neurobiológicos pueden contribuir al riesgo de suicidio.

Estos son solo algunos de los factores que pueden influir en el riesgo de suicidio. Es importante abordar estos factores de manera integral y proporcionar apoyo y tratamiento adecuados a las personas en riesgo para prevenir el suicidio.

#### **2.2.4 Musicoterapia**

La musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza la música y sus elementos (como el ritmo, la melodía y la armonía) con fines terapéuticos. Se basa en la relación entre la música y el ser humano, aprovechando sus efectos en el ámbito emocional, cognitivo, físico y social para promover el bienestar y la salud. En sesiones de musicoterapia, un terapeuta capacitado

utiliza técnicas musicales específicas adaptadas a las necesidades individuales de cada persona. Estas pueden incluir improvisación musical, escucha activa de música, composición, canto, movimiento corporal rítmico, entre otras actividades. (Miranda, La música como una herramienta terapéutica en medicina, 2017).

La musicoterapia se aplica en una amplia variedad de contextos y poblaciones, incluyendo la salud mental, la rehabilitación física, el trabajo con personas con discapacidades, el desarrollo infantil, el manejo del estrés, el tratamiento del dolor y el acompañamiento en el final de la vida, entre otros.

Los beneficios de la musicoterapia pueden ser diversos, y pueden incluir la reducción del estrés y la ansiedad, el aumento del bienestar emocional, la mejora de la comunicación y la expresión, el fomento de la socialización y la conexión interpersonal, la promoción de la autoexpresión y la creatividad, y el apoyo en el proceso de resolución de problemas y la gestión de emociones.

En resumen, la musicoterapia es una herramienta versátil y eficaz que aprovecha el poder de la música para promover el bienestar y la salud en diferentes aspectos de la vida humana.

Bruscia en 1997 define la musicoterapia como un proceso constructivo en el cual el terapeuta colabora con el paciente para mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas como fuerza dinámica de cambio (Bruscia, 1997)



La palabra música, de origen griego, significa "Arte de las Musas". Desde tiempos antiguos, se ha registrado cómo la música puede influir en la conducta humana. Estudios en sujetos sanos han demostrado que escuchar música agradable puede mejorar temporalmente el desempeño en pruebas de habilidades temporales, espaciales, atención, fluidez verbal y creatividad. (Ramos, 2010).

Se ha observado que la memoria musical puede ser independiente de otros sistemas de memoria. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, los pacientes a menudo conservan su memoria musical, incluso cuando otros aspectos de la memoria están afectados. Oliver Sacks dice que incluso los pacientes con demencia pueden reactivarse al escuchar su música preferida, sugiriendo que las áreas de la memoria musical se ven afectadas poco o solo muy tardíamente en el proceso neurodegenerativo. (Marquez, 2009).

La musicoterapia surgió en el siglo XX, principalmente en países como Inglaterra y Estados Unidos. En el VIII Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Hamburgo, Alemania, en 1996, la Federación Mundial de Musicoterapia la definió como sigue:

"La musicoterapia es la utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por parte de un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como objetivo desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones del individuo de manera

que pueda lograr una mejor integración intra e interpersonal y, en consecuencia, una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento". (Musicoterapia, s.f.).

En el modelo biomédico de la musicoterapia, el ser humano se considera como un organismo, y la música se aborda como un fenómeno acústico. En este enfoque, la influencia de la música se examina en términos de cómo la frecuencia y la amplitud de los sonidos afectan las reacciones autónomas del individuo.

En el enfoque de la musicoterapia analítica, se adopta el concepto freudiano de la música como un lenguaje emocional capaz de penetrar el Yo y desenterrar asociaciones y conflictos inconscientes. Desde esta perspectiva, la música se percibe como un lenguaje no verbal, y el individuo se aborda como una entidad aislada en la que la música puede activar y canalizar impulsos e instintos.

Por otro lado, la musicoterapia basada en la teoría del aprendizaje utiliza la música como un elemento reforzador y se centra en su función como una variable independiente que influye en variables dependientes para alcanzar objetivos de aprendizaje y modificación del comportamiento. Este enfoque concibe al ser humano en línea con el ideal positivista de la ciencia, definiéndolo como un organismo.

Finalmente, la musicoterapia basada en la psicología humanista-existencial enfatiza el carácter lingüístico y comunicativo de la música, así como su cualidad viva e improvisada. Se postula que la música contiene o representa emociones que son comunicadas o transmitidas al oyente.

### **2.2.5 La musicoterapia y la calidad de vida en personas adultas mayores**

La musicoterapia ha demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar la calidad de vida en personas adultas mayores. A medida que las personas envejecen, enfrentan una serie de desafíos físicos, emocionales y sociales que pueden afectar su bienestar general. La musicoterapia ofrece una forma única de abordar estos desafíos al aprovechar el poder terapéutico de la música.

En primer lugar, la musicoterapia puede ayudar a mejorar la salud física de los adultos mayores. La participación en actividades musicales, como cantar, tocar instrumentos o participar en grupos de música, puede promover la movilidad, la coordinación motora y la fuerza muscular. Además, la música puede actuar como una forma de terapia complementaria para el manejo del dolor y el estrés, lo que contribuye a una mejor salud física y una sensación de bienestar general.

En el ámbito emocional, la musicoterapia ofrece un medio de expresión y comunicación que puede ayudar a los adultos mayores a procesar y gestionar sus emociones. La música tiene el poder de evocar recuerdos y emociones profundas, lo que puede ser especialmente significativo para las personas mayores que pueden experimentar sentimientos de nostalgia o pérdida. Participar en sesiones de musicoterapia puede fomentar un mayor autoconocimiento, autoestima y autoaceptación, promoviendo así una mejor salud mental y emocional. (Jaquelina, 2014).

Además, la musicoterapia fomenta la interacción social y el sentido de comunidad entre los adultos mayores. Participar en actividades musicales en grupo puede ayudar a combatir el aislamiento y la soledad al proporcionar oportunidades para conectarse con otros, compartir experiencias y crear vínculos significativos. Esto puede tener un impacto positivo en la salud mental y emocional, así como en la calidad de vida en general.

En resumen, la musicoterapia ofrece una variedad de beneficios para mejorar la calidad de vida en personas adultas mayores. Al abordar tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales del bienestar, la musicoterapia se presenta como una intervención integral y efectiva para promover un envejecimiento saludable y una mayor satisfacción con la vida.

Las intervenciones de musicoterapia mencionadas por Yinger en 2018 ofrecen una amplia gama de actividades terapéuticas que pueden adaptarse a las necesidades individuales de los adultos mayores. (Torrijo S. L., 2022). La simple acción de escuchar música puede ser reconfortante y estimulante, proporcionando una forma accesible de experimentar los beneficios terapéuticos de la música. La relajación asistida con música ofrece una oportunidad para reducir el estrés y promover la calma a través de técnicas de respiración y visualización guiadas por la música. La interpretación con música terapéutica, ya sea cantando, tocando instrumentos o improvisando, permite una expresión creativa y emocional que puede ser especialmente significativa para los adultos mayores. Finalmente, los grupos de música asistida ofrecen un entorno social y de apoyo donde los participantes pueden colaborar, compartir y conectar a través de la música, lo que contribuye a una sensación de comunidad y bienestar emocional. En conjunto, estas intervenciones de musicoterapia

brindan una variedad de opciones para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores.

El estudio llevado a cabo por Zhao, K en 2016, analizó múltiples investigaciones centradas en el uso de la musicoterapia para tratar la depresión en adultos mayores. Los resultados revelaron que la combinación de la terapia estándar con medicamentos junto con la musicoterapia condujo a una notable reducción de los síntomas depresivos en el grupo de tratamiento. Este hallazgo sugiere el potencial beneficioso de la musicoterapia como complemento terapéutico en el manejo de la depresión en personas mayores. (Torrijo S. G., 2022).

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

El enfoque de investigación utilizado fue cuantitativo, ya que se emplearon escalas de evaluación para medir y cuantificar el nivel de riesgo suicida y el nivel de depresión en los participantes. La investigación cuantitativa se caracteriza por su énfasis en la medición de variables para generar estadísticas y probar hipótesis. En este caso, se utilizaron técnicas estadísticas para analizar los datos recopilados y determinar relaciones o diferencias significativas entre las variables medidas. (Creswell, 2014).

El estudio se enmarca en un diseño cuasi experimental debido a que se implementaron estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida, pero no se asignaron aleatoriamente los participantes a grupos de tratamiento y control. En cambio, se realizaron mediciones antes y después de la intervención para evaluar el impacto de la musicoterapia en el riesgo suicida. Además, se clasifica como prospectivo porque se llevó a cabo una medición inicial antes de la intervención y otra medición posterior para evaluar los efectos de la terapia a lo largo del tiempo.

#### **3.2 Población o muestra**

La población para el desarrollo de la investigación son 20 personas adultas mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, de 65 años quienes fueron seleccionados en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:** Personas adultas mayores del rango de 65 años de edad institucionalizadas en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, que presenten o hayan presentado riesgo suicida y mayor riesgo de depresión, misma información que fue remitida por el departamento de Psicología del Hogar de Ancianos.

**Criterios de exclusión:** Personas adultas mayores con discapacidad intelectual grave y deterioro cognitivo Moderado.

### **3.3 Prueba de Hipótesis - pregunta científica – idea a defender.**

¿Son efectivas las estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad?

### **3.4 Aspectos éticos y de género.**

La presente investigación propone cumplir con las normas y principios éticos de carácter universal establecidos y aprobados por el comité de ética de la investigación en seres humanos de la Universidad Técnica de Ambato. Este estudio aplicó medidas para la protección de los AM, su privacidad y confidencialidad conforme a las pautas éticas de la investigación en seres humanos – CEISH-UTA.

**Confidencialidad.** El artículo 10 de la LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES dice que el tratamiento de datos personales debe concebirse sobre la base del debido sigilo y secreto, es decir, no debe tratarse o comunicarse para un fin distinto para el cual fueron recogidos, a menos que concurra una de las causales que habiliten un nuevo

tratamiento conforme los supuestos de tratamiento legítimo señalados en esta ley. (LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, 2021).

Respecto a los derechos de los participantes, la LEY ORGÁNICA DEL ADULTO MAYOR Título I, artículo 3, literal b), menciona toda forma de discriminación, distinción no razonable contra las personas adultas mayores. Además, establece que estas personas no deben estar sujetas a acciones u omisiones que tengan como efecto anular, excluir o restringir el reconocimiento y goce en ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones. El Literal e), menciona que se debe garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plena y efectiva de las personas adultas mayores. Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento. (Ley Organica de las Personas Adultas Mayores, 2019).

### **3.5. Técnicas e Instrumentos**

Para evaluar el nivel de riesgo suicida, se utilizó la escala de riesgo suicida de Plutchik, este es un instrumento auto aplicado que se compone de 15 ítems, que se califican entre sí o no, se encarga de evaluar los intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión, y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos suicidas, es fácil y rápido de administrar, tiene una fiabilidad buena, ha sido validado con un índice de Alpha de Cronbach =0.90, proponen un índice de corte de 6 puntos con una sensibilidad y especificad de 88%.



Para evaluar el nivel de depresión se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, esta escala consta de 15 ítems ( GDS-15), cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores, la GDS-15 presentó consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional. La GDS-5 mostró consistencia interna de 0.73, confiabilidad de constructo de 0.83 y estructura unidimensional.

Se evalúa el grado del riesgo suicida y de depresión de los participantes al inicio y final del estudio, sirviendo como medio de contraste y verificación.

Para disminuir el riesgo suicida de los adultos mayores se aplicaron estrategias de musicoterapia las cuales se aplicaron en cuatro sesiones, una cada semana, las cuales estuvieron debidamente estructuradas, con un tiempo de duración de 60 minutos cada una, periodo de tiempo que estuvo distribuido acorde a la planificación; las intervenciones realizadas con los adultos mayores integran la música y actividades de improvisación sonora con las Técnicas de Benenzon seguidas de técnicas de interpretación musical basados en las Técnicas de Dalcroze, mismas que continúan con las Técnicas de Jacobson en las que el Adulto Mayor realiza técnicas de relajación, que permiten concluir la sesión con Técnicas de Gimnasia Rítmica.

Estas estrategias ayudaron a reducir los niveles de riesgo suicida en las personas adultas mayores lo cual se evidencia, en los resultados del post test aplicado a los sujetos participantes.

### 3.5.1 Descripción de los test Aplicados

- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.** (Anexo 3)

**Autor:** Plutchik y Van Praag (1989), validado por Rubio Et. (1999)

**Año y lugar de creación:** 1999 España.

**Descripción:** Se encarga de evaluar los intentos suicida previos, intensidad de ideación suicida actual.

**Tiempo de Aplicación:** aproximadamente 15 minutos.

**Forma de medición:** Se compone de 15 ítems, que se califican entre sí o no. Si 1 punto, No 0 Puntos.

**Dimensión o factores que evalúa:** sentimientos de depresión y desesperanza entre otros factores relacionados con los intentos suicidas.

**Forma de calificación:** La escala del riesgo suicida de Plutchik es una escala que evalúa el riesgo suicida. Está compuesto de 15 ítems que evalúan sentimientos de depresión, desesperanza y otros factores relacionados con los intentos suicidas.

**Coefficiente de Validación:** Tiene una fiabilidad buena índice de Alpha de Cronbach =0.90, proponen un índice de corte de 6 puntos con una sensibilidad y especificad de 88%.

- **Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS -15)** (Anexo 4)

**Autor:** Jerome A. Yesavage

**Año de creación:** 1993

**Descripción:** Es una escala geriátrica hetero administrada el cual investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, en personas mayores a 65 años, los síntomas deben prevalecer durante los últimos quince días antes de la aplicación.

**Tiempo de Aplicación:** Aproximadamente entre 5 y 7 minutos.

**Forma de medición:** Se compone de 15 Ítems con un patrón de respuesta dicotómico de Si – No.

**Dimensión o factores que evalúa:** Evalúa síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor en adultos mayores, La escala consta de 15 ítems de los cuales 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que los otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa.

**Forma de calificación:** Se da un punto a cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (Si – No en negritas), mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos

**Coefficiente de Validación:** La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), presenta consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional.

### **3.6 Responsabilidades de la Investigadora:**

Una de las principales actividades de la investigadora fue la obtención del consentimiento informado, mismo que la LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES en el capítulo I artículo 4 lo define como la manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que el titular de los datos personales autoriza al responsable del tratamiento de los datos personales a tratar los mismos

Proteger la información, guardar por 7 años consecutivos. (Ley Orgánica De Protección De Datos Personales, 2021).

No permitir el acceso a personas extrañas de la investigación, únicamente la investigadora y director de trabajo de titulación.

#### **3.6.1 Responsabilidad del participante:**

- Decidir su participación libre y voluntaria mediante la firma del consentimiento informado
- Tiene Derecho a revocar el consentimiento esto lo estipula LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES en el capítulo I artículo 8 en donde se menciona que se revocará en cualquier momento sin necesidad de justificación (Ley Orgánica De Protección De Datos Personales, 2021), (formulario del CI), para lo cual el responsable del tratamiento de datos personales establecerá mecanismos que garanticen celeridad, eficiencia, eficacia y gratuidad, similar a lo que se dio en el momento de recabar lo del consentimiento.

- Asistir puntualmente a las actividades de la intervención.
- Completar los instrumentos de evaluación del estudio con información real y fidedigna (escala de **Plutchik** y escala de Yesavage.)

### **3.7 Recolección de información:**

En primera instancia, se identificó la problemática a investigar, mediante la evaluación de la profesional de Psicología del establecimiento, quien emitió un listado de 20 AM que presentaron rasgos suicida y depresión, Son estas personas las que se incluyeron en la investigación previa firma del CI y cumplimientos de los criterios de selección ya descritos.

Además, se realizó una revisión bibliográfica de las variables de estudio, y se inquirió sobre los instrumentos adecuados para identificar el riesgo suicida y el nivel de depresión, aplicables a los sujetos seleccionados.

La estrategia de Musicoterapia se realizó en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús por la investigadora, aprovechando el espacio de recreación disponible en el mismo. Durante cada una de las sesiones la investigadora estuvo pendiente de que los Adultos Mayores participen activamente en los cuatro momentos de la estrategia, así como la seguridad para evitar incidentes que pudieran afectar la integridad y salud de los Adultos Mayores. Todos los participantes cumplieron con el cronograma de actividades previsto

Al final de la intervención se realizó la segunda evaluación con los instrumentos aplicados en la evaluación inicial.

### **3.8 Procesamiento de la información y análisis estadístico:**

Como primer paso de la investigación se realizó el contacto inicial con las autoridades de la institución pertinente, para obtener los permisos requeridos de acceso a la población (5.4.1.

Anexo 1: Autorización Institucional).

## CAPITULO IV

### 4. DISCUSION Y RESULTADOS

#### 4.1 Resultados de los instrumentos aplicados.

Después de la recolección de datos y la aplicación de los instrumentos del Riesgo Suicida de Plutchik y Depresión Geriátrica de Yesavage, de analizarlos con paquete estadístico de Jamovi se lograron los siguientes resultados:

Caracterización de la muestra.

**Tabla 2. Total, de Adultos Mayores**

<b>Descripción</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Hombres	<b>12</b>	<b>60%</b>
Mujeres	<b>8</b>	<b>40%</b>
Total	<b>20</b>	<b>100%</b>

Nota: **Elaboracion propia**

#### **Análisis:**

Estos datos muestran la distribución de género en una muestra de 20 personas. Se puede observar que hay 12 hombres y 8 mujeres en total. En términos de porcentajes, esto representa el 60% de hombres y el 40% de mujeres en la muestra. Esto indica que hay una ligera mayoría de hombres en comparación con las mujeres en este grupo específico de personas.

**Tabla 3. Frecuencias del nivel del riesgo suicida pre**

*Frecuencias de Nivel riesgo suicida pre*

<i>Nivel riesgo suicida pre</i>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>
<i>menor riesgo</i>	16	80.0 %
<i>mayor riesgo</i>	4	20.0 %

*Nota: Elaboración Propia*

**Análisis:**

Los resultados de las frecuencias para el nivel de riesgo suicida antes del tratamiento son los siguientes: los participantes que presentan menor riesgo suicida son 16, mientras que los participantes que presentan mayor riesgo suicida son 4., Esto significa que, de acuerdo con la muestra de datos analizada, el 80.0% de los sujetos presentaban un nivel de riesgo suicida clasificado como "menor riesgo" antes del tratamiento mientras que el 20.0% de los sujetos presentaban un nivel de riesgo suicida clasificado como mayor riesgo" antes del tratamiento.

Los resultados de la distribución de los niveles de riesgo suicida en la muestra destacan la importancia de abordar este problema de manera integral y brindar apoyo adecuado a aquellos que presentan un mayor riesgo. Además, subrayan la necesidad de seguir monitoreando y evaluando la efectividad de las intervenciones para prevenir el suicidio en la población estudiada



**Tabla 4. Frecuencias del nivel riesgo Suicida post**

*Frecuencias de Nivel riesgo suicida post*

<i>Nivel riesgo suicida pos</i>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>
<i>Menor riesgo suicida</i>	20	100.0 %

*Nota: Elaboración propia*

**Análisis:**

Los resultados de las frecuencias para el nivel de riesgo suicida después del tratamiento son notablemente diferentes de los obtenidos antes del tratamiento, donde había una distribución entre "menor riesgo" y "mayor riesgo". Ahora, todos los participantes han sido clasificados como "menor riesgo suicida". Esta es una señal positiva y sugiere que el tratamiento pudo haber tenido un efecto significativo en la reducción del riesgo suicida en la muestra estudiada., estos resultados respaldan la eficacia del tratamiento en la reducción del riesgo suicida y enfatizan la importancia de intervenir temprano para prevenir posibles intentos de suicidio.

**Tabla 5. Frecuencias de nivel de depresión Pre**

*Frecuencias de Nivel depresión pre*

<i>Nivel depresión pre</i>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>
<i>No depresión</i>	6	30.0 %
<i>Probable depresión</i>	9	45.0 %
<i>Depresión establecida</i>	5	25.0 %

*Nota; Elaboración Propia*

### **Análisis:**

Los resultados de las frecuencias para el nivel de depresión antes del tratamiento indica que el 30.0% de los participantes en la muestra no mostraban signos de depresión, el 45.0% de los participantes tenían una probable depresión y el 25.0% de los participantes presentaban una depresión establecida. Estos resultados muestran una distribución diversa en los niveles de depresión dentro de la muestra antes del tratamiento, con una proporción significativa de sujetos clasificados en la categoría de "probable depresión". Esto indica la presencia de un alto nivel de síntomas depresivos en la población estudiada antes de la intervención, los resultados de la distribución de los niveles de depresión antes del tratamiento destacan la necesidad de una atención urgente y efectiva para abordar la carga de la depresión en la muestra estudiada. Por lo tanto, la importancia de implementar estrategias de musicoterapia para promover el bienestar físico, emocional, cognitivo y social de las personas.

**Tabla 6. Frecuencias de Depresión Post**

*Frecuencias de Nivel depresión post*

<i>Nivel depresión post</i>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>
<i>No depresión</i>	15	75.0 %
<i>probable depresión</i>	5	25.0 %

*Nota: Elaboración propia*

### **Análisis:**

Los resultados de las frecuencias para el nivel de depresión después del tratamiento dicen que 75.0% de los participantes en la muestra no mostraban signos de depresión, mientras que

el 25.0% de los sujetos tenían una probable depresión. Comparando estos resultados con los obtenidos antes del tratamiento, se observa una mejora significativa en los niveles de depresión. Estos resultados sugieren que el tratamiento fue efectivo en la reducción de los síntomas depresivos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un 25.0% de los sujetos todavía presentaban una probable depresión después del tratamiento, lo que indica que es necesario continuar con intervenciones adicionales o de seguimiento para este subgrupo de individuos.

**Tabla 7. Estadística Descriptiva**

	<i>N</i>	<i>Media</i>
<i>Total de riesgo suicida pre</i>	20	4.50
<i>Total de riesgo suicida post</i>	20	2.25
<i>Total de depresión pre</i>	20	6.80
<i>Total de depresión post</i>	20	3.75

*Nota: Elaboración propia*

**Análisis:** Del total del riesgo suicida pre: se evaluaron a 20 participantes de los cuales se obtuvo como media 4.50, mientras que del total del riesgo suicida post se obtuvo una media de 2.25, lo que significa que los valores promedio han disminuido significativamente, así

mismo en la evaluación de depresión pre: al mismo número de participantes se obtuvo una media de: 6.80, mientras que en la evaluación depresión post: la media fue: 3.75.

**Tabla 8. Prueba Wilcoxon para muestras apareadas**

			<i>Estadística</i>	<i>P</i>
<i>Total de riesgo suicida pre</i>	<b>Total de riesgo suicida post</b>	<b>W de Wilconxon</b>	<b>136 a</b>	<b>&lt; .001</b>

**Nota.  $H_a \mu_{\text{Medida 1}} - \mu_{\text{Medida 2}} > 0$**

**Nota:** Elaboración propia

**Análisis:** La prueba de Wilcoxon nos dice que del "Total riesgo suicida" el valor p es menor que el nivel de significancia comúnmente utilizado de 0.005, hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, se puede concluir que hay una diferencia significativa entre el total de riesgo suicida antes y después del tratamiento.

La hipótesis alternativa indicada es  $H_a: \mu_{\text{Medida 1}} - \mu_{\text{Medida 2}} > 0$ , lo que significa que la media de la primera medida (riesgo suicida pre) es mayor que la media de la segunda medida (riesgo suicida post). Esto sugiere que el tratamiento puede haber tenido un efecto positivo en la reducción del riesgo suicida.

## 4.2 Discusión

En base a los resultados se evidencia que los participantes tuvieron un cambio significativo entre el pre test, y posterior a la intervención de estrategias de musicoterapia cuyos resultados se evidencian en el post test, los resultados sugieren que las intervenciones realizadas utilizando estrategias de Musicoterapia aplicadas han sido efectivas para reducir tanto el riesgo suicida como los niveles de depresión en la población de personas adultas mayores. Gilbertson (2021) ha destacado cómo la música puede actuar como un medio de expresión emocional que permite a las personas comunicar y procesar sus sentimientos de una manera no verbal (Gilbertson, La Música como medio de expresión, 2021). Además, la música puede proporcionar consuelo y alivio del sufrimiento emocional. Suzanne B. Hanser (2018), han señalado que la música tiene el poder de influir en el estado de ánimo y las emociones, pudiendo ayudar a las personas a encontrar calma y tranquilidad incluso en momentos de angustia extrema (Hanser, 2018). Esto puede ser especialmente beneficioso para aquellos que experimentan pensamientos suicidas como resultado de una intensa angustia emocional. La musicoterapia también puede fomentar la conexión social y el apoyo emocional. Autores como Brown y Shoemark (2010) han documentado cómo la participación en actividades musicales grupales puede promover un sentido de pertenencia y camaradería entre los participantes, lo que a su vez puede fortalecer sus redes de apoyo social y reducir el aislamiento social, un factor de riesgo conocido para el suicidio (Shoemark, 2010). Los resultados muestran una clara disminución tanto en el riesgo suicida como en los niveles de depresión después del tratamiento. La musicoterapia puede ser una intervención efectiva para

mejorar el bienestar emocional y reducir el riesgo suicida y los niveles de depresión en la población. Los resultados de estudios pre y post tratamiento respaldan esta idea, mostrando una clara disminución en los síntomas de depresión y el riesgo suicida después de la intervención musicoterapéutica. Como se evidencia los resultados post intervención del riesgo suicida—las frecuencias son notablemente diferentes de los obtenidos antes del tratamiento, en las que se evidencia el 100 % de la población estudiada con menor riesgo suicida, mientras que el nivel de depresión después del tratamiento dice que 75.0% de los participantes en la muestra no mostraban signos de depresión, mientras que el 25.0% de los sujetos tenían una probable depresión.

Finalmente, la musicoterapia ofrece un enfoque innovador y efectivo para reducir los niveles de riesgo suicida al proporcionar una forma de expresión emocional, consuelo y apoyo social.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS.**

#### **5.1. Conclusiones**

La presente investigación cumple con los objetivos planteados:

1. El diseño y la aplicación de las estrategias de musicoterapia para la prevención psicológica permitió disminuir el riesgo suicida de las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad, validadas mediante el estadístico de prueba Wilcoxon.
2. Los resultados muestran el 80.0% de los sujetos presentaban un nivel de riesgo suicida clasificado como "menor riesgo", mientras que el 20.0% de los sujetos presentaban un nivel de riesgo suicida clasificado como "mayor riesgo" antes de la intervención, y la escala de depresión Geriátrica de Yesavage cuyos datos indican que el 30.0% de los participantes en la muestra no mostraban signos de depresión, el 45.0% de los participantes tenían una probable depresión y el 25.0% de los participantes presentaban una depresión establecida. Del total del riesgo suicida pre: se evaluaron a 20 participantes de los cuales se obtuvo como media 4.50, mientras que del total del riesgo suicida post se obtuvo una media de 2.25, lo que significa que los valores promedio han disminuido significativamente, así mismo en la evaluación de depresión pre: al mismo número de participantes se obtuvo una media de: 6.80, mientras que en la evaluación depresión post: la media de: 3.75.

3. Se diseñaron 4 intervenciones terapéuticas, direccionadas a un taller semanal que consistió en cuatro sesiones las cuales estuvieron debidamente estructuradas, con un tiempo de duración de 60 minutos, periodo de tiempo que estuvo distribuidos acorde a la planificación, las intervenciones realizadas con los adultos mayores basadas en las Técnicas de Benenzon, técnicas de Dalcroze, Técnicas de Jacobson, Técnicas de Gimnasia Rítmica. Cuyas estrategias permitieron un cambio significativo de las personas adultas mayores.
4. Se comprueba el nivel de riesgo suicida después del tratamiento es notablemente diferente, los participantes han sido clasificados como "menor riesgo suicida" estos resultados respaldan la eficacia del tratamiento en la reducción del riesgo suicida y se comprueba la eficacia de la aplicación de las estrategias de música terapia con los adultos mayores.

## **5.2. Recomendaciones**

Se sugiere utilizar la musicoterapia como alternativa terapéutica en las actividades de las personas adultas mayores, ya que como se observa en la investigación, esta estrategia ha permitido que reduzca el riesgo suicida de las Personas Adultos Mayores que se encuentran institucionalizadas en el hogar Sagrado Corazón de Jesús.

Se evidenció que posterior a la aplicación de las estrategias de musicoterapia a las personas adultas mayores mejoraron notablemente el estado de ánimo y el bienestar mental general, por cuanto se recomienda incluir a la musicoterapia en rutina diaria la misma que proporcionará una mejor calidad de vida.



Se recomienda utilizar diversas estrategias de musicoterapia las cuales ayudarán a las personas adultas mayores a mejorar las habilidades verbales, rítmicas, estimulando la memoria, mantiene la atención e incentiva a la creatividad fortaleciendo de esta forma la coordinación, la participación activa de las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.

## **Bibliografía**

(1966). En Gilbertson, *Musica e Linguaggio contemporanea*.

Amador, G. (Enero de 2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Sociedad Papeña de Psiquiatria*.

Arang, R., Jaramillo, F., & Cordona, C. A. (2016). Factores Asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*.

Barreno, S. A. (2012). Factores del riesgo suicida en el anciano. *Sociedad Cubana de psiquiatria*.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo la Musicoterapia*. Salamanca: Amarù.

Buitrago, S. C. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*.

Caballero, P. (2011). Factores potenciadores del Comportamiento suicida en adultos mayores. *Centro de Información y Gestión Tecnológica de Sanayago de Cuba*.

Creswell, J. W. (2014). Qualitative Inquiry and Research Design. En J. W. Creswell, *Choosing Among Five*.

García, A., & Contreras, C. (2006). El suicidio, Conceptos actuales . *Salud Mental*, 67-68.

- Gilbertson. (06 de 06 de 2021). Obtenido de La Muica como medio de expresion :  
<https://www.upb.edu.co/es/noticias/la-musica-como-medio-de-expresi%C3%B3n>
- Gonzales Fernandez, L. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista de Informaciòn Científica.*
- Gonzalo, A. R. (2015). Suicidio: Concideracikones Historicas. *Revista Medica la Paz.*
- Gutierrez Ana, C. C. (2006). El suicidio Conceptos Actuales. *Salud Mental.*
- Hanser, S. B. (2018). Estados de animo y emociones . *Ciencias Sociales y Humanas - Revista científica de America Latina.*
- INEC. (2018). Suicidio e intento de Suicidio en Ecuador.
- Jaquelina, D. E. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *CONCICET.*
- Ley Organica de las Personas Adultas Mayores.* (2019). Quito.
- LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.* (21 de MAYO de 2021).
- Marcelo Miranda, S. H. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina.  
*Revista chilena de neuro-psiquiatría.*
- Marquez, I. V. (2009). Relatos de la musica y el cerebro. *Revista Transcultural de Mùsica.*
- Mayores, L. O. (2019). Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores. En L. O.  
Mayores, *Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores* (págs. 6 - 7). quito.

- Miranda, M. (2017). La musica como herramieta terapeutica en medicina. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatria*.
- Miranda, M. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*.
- Montes de Oca, L. A. (2019). Factores de riesgo y proteccion del suicidio en adultos mayores. *Psicologia y Salud*, 187-194.
- Musicoterapia, F. E. (s.f.). *Federación Española Asociaciones de Musicoterapia*. Obtenido de <https://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>
- OMS. (17 de Junio de 2021). Suicidio. *Organizacion Mundial de la salud*.
- OPS. (2006). Prevención de la Conducta suicida. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Pereira, M. (2016). La musicoterapia aplicada a la Educacion . *ISEP*.
- Pereira, M. (2017). *IInstituto Superior de Estudios Psicologicos*. Obtenido de <https://www.isep.es/actualidad/la-musicoterapia-aplicada-a-la-educacion/>
- Personales, L. O. (2021). Ley Orgánica De Protección De Datos Personales. En L. O. Personales, *Ley Orgánica De Protección De Datos Personales* (pág. 6). quito.
- Pino, S. (2004). Terapia Musical en Pacientes Psiquiatricos con conductas. *Nure Investigacion* .

- Ramirez Arango, F. J. (2016). Factores asociados a la ideación suicida del adulto mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatria*.
- Ramos, E. M. (2010). La música en la antigua Grecia como transmisora de valores, percusiones en la educación musical actual. *La música en la antigua Grecia como transmisora de valores, percusiones en la educación musical actual*. Sevilla, España.
- Reyes, R. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Reyes, V., & Romero, M. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Rivera, A. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista de Psiquiatria*.
- Rovira, A. (2017). La atención a la diversidad desde la musicoterapia. *Revista Ibero - Americana de Estudios en Educación*.
- Rubio, & López, J. (2009). ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. *ed de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.
- Rubio, R. (2009). Estudio del Riesgo Suicida en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 09.
- Shomark, B. y. (2010). *Cognitive model of suicidal behavior*.
- Torrijo, S. G. (2022). La influencia de la musicoterapia en personas mayores. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Torrijo, S. L. (2022). La influencia de la musicoterapia en personas mayores. *Revista Sanitaria de Investigacion* .

Vargas. (2009). La Musicoterapia: la forma o estilo musica como tratamiento en la musicoterapia. *ESCENA, Revista de las Artes*.

Vega, I. d. (05 de 2013). *Scielo*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005)

Victoria Reyes, M. R. (2012). *Revista Habanera de Ciencias Medicas*. Cuba.

## 5.4. ANEXOS

### 5.4.1. Anexo 1: Autorización Institucional

Ambato 28 de junio de 2023

Magister:  
Madre, Gloria Murillo  
Administradora del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús  
Presente.-

Asunto: Solicitud para realizar Trabajo de Titulación de Cuarto Nivel de la UTA, Centro de Posgrados Psicología Clínica.

Reciba un cordial y afectuoso saludo, augurando éxitos en las funciones que realiza. La Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Posgrados y en calidad de Maestrante del Programa de Psicología Clínica Psico-prevención y Promoción de la salud Mental, tengo a bien solicitarle de la manera más comedida: Desarrollar el Tema de Titulación previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel de Magister en Psicología Clínica Psico-prevención y Promoción de la Salud Mental, cuyo tema de estudio es: **Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación de vulnerabilidad**, considerando que La musicoterapia es un tipo de intervención que consiste en el uso de la música y los elementos que la componen, se pueda potenciar el bienestar físico, cognitivo, emocional y social, mismo que favorecerá a los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón de Jesús a fomentar la comunicación los vínculos afectivos, se considera una fuente de entretenimiento mejorando la actividad cerebral les ayudará a ejercitar la memoria y agudeza mental siendo capaz de liberar ciertos recuerdos.

El presente trabajo de titulación tendrá una duración de tres meses de intervención, los mismos que se realizan en días y horarios establecidos en previo acuerdo entre las partes.

Por la gentileza de aceptar el presente trabajo a desarrollarse en tan importante centro, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.-  
  
Psico. Jacqueline Paredes  
Maestrante de la Universidad Técnica de Ambato  
Programa de Psicología Clínica Psico-prevención y Promoción de la salud Mental  
CC: 1804632279  
Telf: 0998789902

*Recibido  
28/06/2023  
Hors: 10:32 AM*  
  
Aprobado, comienza desde el sábado 01-07-2023  
Psc. Cc. Viviana Muñoz.

  
CONGREGACIÓN  
MADRES DOROTHEAS  
Hogar de Ancianos SCA  
Psc. Cc. Viviana Muñoz Allón

## 5.4.2 Anexo 2: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Sección I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

##### A) Hoja de información:

**Título del estudio:** Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

**Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:**

Le estamos pidiendo que autorice la recolección y uso de sus datos personales, durante la realización del estudio de Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

Su participación es completamente voluntaria; puede aceptar participar en el estudio o no hacerlo, sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención en salud o en sus actividades cotidianas en la Institución.

- 1) ¿Por qué se realiza este estudio?  
El propósito de esta investigación es recabar información acerca del riesgo suicida y posible depresión.
- 2) ¿Qué pasará si participo de este proyecto de investigación, luego de que firme este Consentimiento Informado?:  
Se le dará a conocer en qué nivel riesgo suicida y de depresión geriátrica en la que se encuentra y realizar estrategias de musicoterapia  
  - 2.1. Se les aplicara la escala del riesgo suicida de Plutchik y la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- 3) ¿Qué riesgos podría tener si participo?  
Hay algún riesgo potencial para su privacidad, a pesar de que se tomarán todas las medidas necesarias para mantener la privacidad de su identidad y la confidencialidad de sus datos personales.
- 4) ¿Cuánto tiempo me tomará participar en esta parte del estudio? Está previsto que su participación dure



La participación en el proyecto será desde el mes de Julio hasta Noviembre 2023

5) ¿Tendré beneficios por participar?

No se ha previsto beneficios económicos o de otra especie para los participantes

6) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?

Se indicará los resultados del pre test y post test con una copia de los resultados de cada test y la entrega al hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

7) ¿Qué gastos tendré si participo del estudio?

Ud. no tendrá gasto alguno relacionado a los procedimientos y materiales necesarios para esta investigación. Se cubrirán los gastos médicos siempre y cuando sufra algún daño o lesión relacionada con la investigación. No se cubrirán estudios ni medicamentos que no estén relacionados con el estudio.

8) ¿Qué pasará si sufro algún evento adverso mientras participo en el estudio?

Si durante el transcurso de este estudio usted sufre un daño físico, una lesión o una consecuencia en su salud relacionada con los procedimientos de este, se le proveerá toda la asistencia inmediata y necesaria para su tratamiento. Únicamente debe comunicarse de inmediato con el investigador responsable, quien coordinará su atención.

9) ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en esta investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; p en sus actividades Institucionales, simplemente deberá notificar al investigador de su decisión (oralmente o por escrito: especificar).

Luego de que retire su consentimiento no se podrá obtener datos sobre Ud, pero toda la información obtenida con anterioridad sí será utilizada.

10) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos

11.1. Sus datos estarán codificados, o sea tendrán un código que hace que Ud. permanezca anónimo.

11.3. Sus datos estarán disociados/os o anonimizados/os: se rompe la relación entre el código y su identidad y ya no es posible relacionarlo con la muestra.

11.4. Sus datos serán anónimos/os: no se registrará ningún dato que lo identifique.

12. ¿Cómo, ¿dónde y por cuánto tiempo se almacenarán mis datos? ¿Cómo las destruirán luego de su utilización?

Sus datos se almacenarán en la base de datos de la Universidad Técnica de Ambato. Sus datos se conservarán durante siete años. Después de este período serán destruidos con los métodos que cumplan con los procedimientos de la institución.

Se le pedirá que indique si desea que los datos no utilizados sean destruidos o que se los vuelva anónimos en el caso que no lo sean (o sea, se les retire toda información que pueda relacionarlas con Ud.) para su posterior utilización en otra investigación.

Toda información que se haya obtenido hasta el momento en que retire su consentimiento será usada, pero no se obtendrá ningún otro dato.

- 13) ¿Puedo ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?

El investigador, el comité de ética, que supervisan el estudio pueden decidir retirarlo si consideran que es lo mejor para usted. También pueden decidir retirarlo por las siguientes causas: no guardar confidencialidad, no proporcionar información completa durante el desarrollo de la investigación, faltar a las actividades planificadas y socializadas con los participantes.

- 14) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, Ud. no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto por (especificar). En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas o presentados en congresos o eventos científicos, su identidad no será revelada.

El titular de los datos personales (o sea usted) tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en la Ley, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

- 15) ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales?

Como parte del estudio, el Investigador Principal y todo el equipo de investigación tendrán acceso a los resultados de sus estudios, el investigador tutor del trabajo de investigación.

16) ¿A quiénes puedo contactar si tengo dudas sobre el estudio y mis derechos como participante en un estudio de investigación?

16.1. **Sobre el estudio:** contactar al Investigador Principal: Dr./Dra. (nombre) en (dirección) o al teléfono (celular y fijo).

16.2. **Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación:**

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el CISH-UTA. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Investigador (contacto), o presidente del CBISH (contacto)

## SECCIÓN II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

yo \_\_\_\_\_ como participante/representante legal, declaro que ha leído el documento de consentimiento, que he comprendido los riesgos y beneficios de participar, el responsable ha respondido a todas mis preguntas, mediante explicación satisfactoria, conozco que mi participación es voluntaria, por lo que consiento libremente participar en los procedimientos propuestos en el estudio, sé que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte las atenciones a las que tengo derecho, solamente debo informar al investigador.

Al firmar el documento de consentimiento informado, en calidad de participante NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden. Sé que me entregarán una copia de este documento, una vez suscrito el mismo por las partes.

Fecha	Nombres completos del participante	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa			

Fecha	Nombres completos del investigador responsable de obtener el CI	Cédula Identidad	Firma
-------	---	------------------	-------

dd/mm/aaaa			
------------	--	--	--

### 5.4.3. Anexo 3: Escala del riesgo suicida de Plutchink

#### *ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK*

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o ha hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “Sí” o “NO”.

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro tiene ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y <u>abandonarlo todo</u> ?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de <u>matar a alguien</u> ?		

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

#### 5.4.4. Anexo 4: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

##### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE<sup>1</sup> FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito:
Modalidad de Atención:				
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

##### INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

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

**Puntuación total: 15 puntos**

##### PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

**Tiempo de administración:** 10-15 minutos.

**Normas de aplicación:** El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser "SI" o "no" y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. PROPUESTA**

#### **6.1. Título**

Estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida en adultos mayores en situación de vulnerabilidad

#### **6.2. Descripción**

La propuesta de intervención en estrategias de musicoterapia para disminuir el riesgo suicida de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad consistió en cuatro sesiones las cuales estuvieron debidamente estructuradas, con un tiempo de duración de 60 minutos, periodo de tiempo que estuvo distribuidos acorde a la planificación, las intervenciones realizadas con los adultos mayores basadas en las Técnicas de Benenzon, técnicas de Dalcroze, Técnicas de Jacobson, Técnicas de Gimnasia Rítmica. Cuyas estrategias ayudaron a reducir los niveles de riesgo suicida en las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.

#### **Taller 1: Modelo de Benenzon**

El modelo de Benenzon en musicoterapia, desarrollado por el médico argentino Dr. Rolando Omar Benenzon, es una de las teorías más influyentes en el campo de la musicoterapia. Benenzon propone una visión holística del individuo, considerando la música como una herramienta terapéutica que puede facilitar la comunicación, la expresión emocional y la integración personal.

En el modelo de Benenzon, se enfatiza la importancia de la improvisación musical como medio para explorar y trabajar con las emociones y los conflictos internos del individuo. Se utiliza la música en un contexto terapéutico para ayudar a los pacientes a expresar y procesar sus experiencias emocionales y promover el cambio y el crecimiento personal.

Una característica distintiva del modelo de Benenzon es su enfoque relacional y no verbal. Se centra en la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, utilizando la música como un medio de comunicación no verbal para establecer una conexión emocional y facilitar el proceso de autoexploración y autoconocimiento.

En resumen, el modelo de Benenzon en musicoterapia se basa en la idea de que la música puede ser una poderosa herramienta terapéutica para promover la salud emocional y el bienestar, y se enfoca en el uso de la improvisación musical y la relación terapéutica para facilitar el cambio y el crecimiento personal.

**Objetivo:** Establecer una relación estrecha entre paciente y terapeuta utilizando recursos no verbales

**Desarrollo:** Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y entregamos un globo lleno de aire a cada uno, diferentes colores y colocamos su nombre en cada uno, posterior los globos se elevan e intercambia de unos a otros, posterior cada persona se queda con un globo con el nombre de otra persona, momento en cual damos lectura a los

nombres del globo e interactúan conociendo a los demás participantes, en cada globo indicaremos algunos síntomas depresivos.

Posterior se entrega a cada participante un instrumento musical de percusión el cual tocara al ritmo de la música, todos los participantes tocaran su instrumento musical y a mmo tiempo realizara movimientos con su cuerpo, esta técnica permite la utilización del sonido de la música, el movimiento, como recursos no verbales entre el grupo participante.

Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.

## **Taller 2 Técnicas de Dalcroze**

Las técnicas de Dalcroze, también conocidas como euritmia o euritmia musical, se basan en los principios pedagógicos desarrollados por el músico y pedagogo suizo Émile Jaques-Dalcroze a principios del siglo XX. Estas técnicas tienen como objetivo principal conectar el movimiento corporal con la experiencia musical, integrando la música, el ritmo y el movimiento de manera orgánica y creativa. Algunas de las principales técnicas asociadas con el enfoque de Dalcroze son:

1. Euritmia corporal: Los estudiantes participan en actividades que implican movimientos corporales coordinados con la música. Estos movimientos pueden incluir caminar, correr, saltar, girar y otros gestos que reflejen el ritmo, la melodía y la estructura musical.



2. Improvisación: Se fomenta la improvisación musical y corporal, permitiendo a los estudiantes explorar y experimentar libremente con el movimiento y el sonido. Esto ayuda a desarrollar la creatividad, la expresión personal y la conciencia del propio cuerpo en relación con la música.
3. Ritmo y pulsación: Se trabajan ejercicios para desarrollar la habilidad de sentir y mantener el ritmo y la pulsación musical a través del movimiento corporal. Esto ayuda a mejorar la coordinación, la sincronización y la sensibilidad rítmica.
4. Solfeo y entonación: Se utilizan juegos y actividades para enseñar conceptos musicales como la entonación, la lectura musical y la comprensión auditiva. Estos ejercicios ayudan a los estudiantes a desarrollar habilidades auditivas, memoria musical y comprensión de la teoría musical.
5. Juegos musicales: Se emplean juegos y actividades lúdicas para involucrar a los estudiantes de manera activa en el proceso de aprendizaje musical. Estos juegos pueden incluir juegos de ritmo, juegos de improvisación y juegos de reconocimiento auditivo, entre otros.

En resumen, las técnicas de Dalcroze se centran en la integración del movimiento corporal y la experiencia musical como una forma de enseñar y aprender música de manera holística y creativa. Estas técnicas no solo son utilizadas en contextos educativos, sino también en terapia y prácticas de musicoterapia para mejorar la conexión entre el cuerpo, la mente y la música.

**Objetivo:** Establecer actividades corporales a través del movimiento

**Desarrollo:** Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica de presentación en la cual se utiliza un dado de las emociones, le pedimos a una persona lanzar el dado y posterior a la emoción seleccionada le pediremos que nos cuente una historia que le haga sentir dicha emoción, la misma dinámica lo hacemos con ciertos participantes.

En la fase de Desarrollo, colocamos música suave y se les enseñara un estribillo, que se realizará con una canción, en las estrofas dejaremos libertad para la improvisación dependiendo de lo que les sugiera un animal, empezamos la actividad con movimientos del cuerpo y las extremidades y empezamos a cantar el estribillo según la canción vamos tocando las partes del cuerpo con las extremidades superiores realizando movimientos que se parezcan a los animales en mención.

Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller

### **Taller 3 Técnicas de Jacobson**

**Objetivo:** Lograr un estado de relajación en las personas adultas mayores

**Desarrollo:** Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica en la cual los participantes aprenderán a realizar la respiración guiada.

Durante la fase de desarrollo pediremos a los participantes que tomen una posición adecuada en la que se sientan cómodos, sean estos sentados de forma recta, con la música suave, cierre sus ojos, respire profundamente y escuche: imagina tu lugar de descanso. Imagínalo tan vívidamente como puedas: presta atención todo lo que veas, oyes, hueles, saboreas y sientes. Imagínalo como si estuvieses ahí. La visualización funciona mejor si incorporamos tantos detalles sensoriales. Por ejemplo, si estás pensando en una playa.

Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.

#### **Taller 4 Técnicas de Gimnasia Rítmica – adultos mayores activos**

La gimnasia rítmica es un deporte que combina elementos de la danza, la gimnasia y la expresión corporal, todo ello coordinado con el manejo de distintos implementos como la cuerda, la pelota, el aro, las mazas y la cinta. Las técnicas específicas de la gimnasia rítmica varían según el aparato utilizado y los movimientos ejecutados, pero en general incluyen:

**Manipulación de implementos:** Cada aparato utilizado en la gimnasia rítmica requiere habilidades específicas de manipulación, como lanzamientos, atrapadas, giros y balanceos. Los gimnastas practican técnicas para controlar y manejar los implementos de manera fluida y coordinada con los movimientos corporales.

**Técnica corporal:** La técnica corporal en la gimnasia rítmica incluye la postura, la alineación corporal, la flexibilidad, la fuerza y la coordinación. Los gimnastas trabajan en mejorar su

técnica para realizar movimientos precisos y elegantes, así como para mantener la estabilidad y el equilibrio durante las rutinas.

**Ejercicios de flexibilidad:** La flexibilidad es una parte importante de la gimnasia rítmica, ya que permite a los gimnastas realizar movimientos amplios y fluidos. Se practican ejercicios de estiramiento para mejorar la flexibilidad en distintas partes del cuerpo, especialmente en piernas, caderas, espalda y hombros.

**Elementos de danza:** La gimnasia rítmica incorpora elementos de danza en las rutinas, como pasos de ballet, piruetas, saltos y secuencias coreográficas. Los gimnastas trabajan en desarrollar una técnica de danza elegante y expresiva, con atención a la musicalidad y la interpretación artística.

**Coordinación y sincronización:** Los movimientos en la gimnasia rítmica requieren una alta coordinación entre el cuerpo y los implementos, así como una sincronización precisa con la música. Los gimnastas practican rutinas repetidas veces para mejorar la coordinación y la sincronización de movimientos.

En resumen, las técnicas de la gimnasia rítmica incluyen la manipulación de implementos, la técnica corporal, los ejercicios de flexibilidad, los elementos de danza, y la coordinación y sincronización de movimientos, todo ello con el objetivo de realizar rutinas gráciles y expresivas

**Objetivo:** Potencializar cualidades del adulto mayor

**Desarrollo:** Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica la cual consiste en hacer parejas y colocar un globo en la frente, no se puede tocar el globo con las manos, una vez que haya empezado la dinámica. El objetivo de la dinámica consiste en establecer relación con el baile y la música sin que el globo se caiga al piso.

Durante la fase de desarrollo pediremos a los participantes que toman una una ula ula y lo colocan en sus manos y al ritmo musical se realiza varios ejercicios los cuales ayudaran a mejorar la agilidad, el equilibrio y potencializa la atención y la concentración, la misma que mejora la salud mental del adulto mayor.

Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.

### **6.3. Desarrollo de la propuesta**

Cabe mencionar que se trabajara de acuerdo a las actividades y panificación del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.

### **6.4. Desarrollo de las Actividades**

A continuación, se encuentra cuatro fases de intervención desarrollada en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús

### **6.3. 1 Desarrollo de la propuesta**

Responsable: Psc. Mónica Jacqueline Paredes Guevara

Dirigido: Personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús

Número de Participantes: 20

Número de intervenciones 04

## INTERVENCION 1

<b>Tema:</b>	Modelo de Benenzon				
<b>Objetivo:</b>	Establecer una relación estrecha entre paciente y terapeuta utilizando recursos no verbales				
<b>Materiales</b>	Instrumentos musicales de percusión, globos				
<b>Fase</b>	<b>Aspectos a trabajar</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
<b>Fase I- Apertura</b>	Establecer una adecuada relación entre los participantes	Dinámica de presentación	Presentar y conocer a los integrantes del hogar de ancianos	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase II- Caldeamiento</b>	Manejo de síntomas depresivos	Psico educación Exploración de la situación actual de las personas adultas mayores Hablar sobre la depresión Dinámica de Nube de nombre	Identificar la sintomatología presente  El terapeuta interactúa con los pacientes y la sintomatología presente	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase III- Desarrollo</b>	Aplicación de la técnica de Benenzon	Utilizar instrumentos musicales de Percusión	Análisis de la experiencia	30 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Retroalimentación</b>	Análisis de la técnica ejecutada	¿Qué aprendimos hoy?		10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Detalle de la Técnica</b>	<p>Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y entregamos un globo lleno de aire a cada uno, diferentes colores y colocamos su nombre en cada uno, posterior los globos se elevan e intercambian de unos a otros, posterior cada persona se queda con un globo con el nombre de otra persona, momento en el cual damos lectura a los nombres del globo e interactúan conociendo a los demás participantes, en cada globo indicaremos algunos síntomas depresivos.</p> <p>Posterior se entrega a cada participante un instrumento musical de percusión el cual tocará al ritmo de la música, todos los participantes tocarán su instrumento musical y a mismo tiempo realizarán movimientos con su cuerpo, esta técnica permite la utilización del sonido de la música, el movimiento, como recursos no verbales entre el grupo participante.</p> <p>Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.</p>				

Fuente: Elaboración Propia

## INTERVENCION 2

<b>Tema:</b>	Técnicas de Dalcroze				
<b>Objetivo:</b>	Establecer actividades corporales atreves del movimiento				
<b>Materiales</b>	Parlante música suave, dado de las emociones				
<b>Fase</b>	<b>Aspectos a trabajar</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
<b>Fase I- Apertura</b>	Establecer una adecuada relación entre los participantes	Dinámica de presentación	Presentar y conocer a los integrantes del hogar de ancianos	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase II- Caldeamiento</b>	Manejo de síntomas presentes en las personas adultas mayores	Psico educación Exploración de la situación actual de ls personas adultas mayores Hablar sobre las emociones Dinámica una historia emocionante	Identificar la sintomatología presente  El terapeuta interactúa con los pacientes y la sintomatología presente	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase III- Desarrollo</b>	Aplicación de la Técnicas de Dalcroze	Utilizar música suave y movimientos corporales	Análisis de la experiencia	30 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Retroalimentación</b>	Análisis de la técnica ejecutada	¿Qué aprendimos hoy?	Generar autoconfianza	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Detalle de la Técnica</b>	<p>Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica de presentación en la cual se utiliza un dado de las emociones, le pedimos a una persona lanzar el dado y posterior a la emoción seleccionada le pediremos que nos cuente una historia que le haga sentir dicha emoción, la misma dinámica lo hacemos con ciertos participantes.</p> <p>En la fase de Desarrollo, colocamos música suave y se les enseñara un estribillo, que se realizará con una canción, en las estrofas dejaremos libertad para la improvisación dependiendo de lo que les sugiera un animal, empezamos la actividad con movimientos del cuerpo y las extremidades y empezamos a cantar el estribillo según la canción vamos tocando as partes del cuerpo con las extremidades superiores realizando movimientos que se parezcan a los animales en mención.</p> <p>Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.</p>				

Fuente: Elaboración Propia



### INTERVENCION 3

<b>Tema:</b>	Técnicas de Jacobson				
<b>Objetivo:</b>	Lograr un estado de relajación en las personas adultas mayores				
<b>Materiales</b>	Parlante música suave, voz guiada				
<b>Fase</b>	<b>Aspectos a trabajar</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
<b>Fase I- Apertura</b>	Establecer una adecuada relación entre los participantes	Dinámica de presentación	Presentar y conocer a los integrantes del hogar de ancianos	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase II- Caldeamiento</b>	Manejo de síntomas presentes en las personas adultas mayores	Psico educación Exploración de la situación actual de las personas adultas mayores Hablar sobre las emociones Dinámica respiración profunda	Identificar la sintomatología presente El terapeuta interactúa con los pacientes y la sintomatología presente	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase III- Desarrollo</b>	Aplicación de la Técnicas de Jacobson	Utilizar música suave	Análisis de la experiencia	30 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Retroalimentación</b>	Análisis de la técnica ejecutada	¿Qué aprendimos hoy?	Generar autoconfianza	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Detalle de la Técnica</b>	<p>Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica en la cual los participantes aprenderán a realizar la respiración guiada. Durante la fase de desarrollo pediremos a los participantes que tomen una posición adecuada en la que se sientan cómodos, sean estos sentados de forma recta, con la música suave, cierre sus ojos, respire profundamente y escuche: imagina tu lugar de descanso. Imagínalo tan vívidamente como puedas: presta atención todo lo que veas, oyes, hueles, saboreas y sientes. Imagínalo como si estuvieses ahí. La visualización funciona mejor si incorporamos tantos detalles sensoriales. Por ejemplo, si estás pensando en una playa.</p> <p>Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.</p>				

Fuente: Elaboración Propia

## INTERVENCION 4

<b>Tema:</b>	Técnicas de Gimnasia Rítmica – adultos mayores activos				
<b>Objetivo:</b>	Potencializar cualidades del adulto mayor				
<b>Materiales</b>	Parlante música, globos, ula ula.				
<b>Fase</b>	<b>Aspectos a trabajar</b>	<b>Técnica</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
<b>Fase I- Apertura</b>	Establecer una adecuada relación entre los participantes	Dinámica de presentación	Presentar y conocer a los integrantes del hogar de ancianos	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase II- Caldeamiento</b>	Manejo de síntomas presentes en las personas adultas mayores	Psico educación Exploración de la situación actual de las personas adultas mayores Dinámica Baile con globos	Identificar la sintomatología presente El terapeuta interactúa con los pacientes y la sintomatología presente	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Fase III- Desarrollo</b>	Aplicación de la Técnicas Gimnasia Rítmica	Utilizar música	Análisis de la experiencia	30 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Retroalimentación</b>	Análisis de la técnica ejecutada	¿Qué aprendimos hoy?	Generar autoconfianza	10 minutos	Jacqueline Paredes
<b>Detalle de la Técnica</b>	<p>Para iniciar la actividad saludamos a todas las personas adultas mayores e indicamos la actividad a realizarse, iniciamos con la bienvenida a los participantes y comenzamos con la dinámica la cual consiste en hacer parejas y colocar un globo en la frente, no se puede tocar el globo con las manos, una vez que haya empezado la dinámica. El objetivo de la dinámica consiste en establecer relación con el baile y la música sin que el globo se caiga al piso.</p> <p>Durante la fase de desarrollo pediremos a los participantes que toman una ula ula y lo colocan en sus manos y al ritmo musical se realiza varios ejercicios los cuales ayudaran a mejorar la agilidad, el equilibrio y potencializa la atención y la concentración, la misma que mejora la salud mental del adulto mayor.</p> <p>Al finalizar la actividad se realiza una retroalimentación de la técnica planteada y la experiencia en la participación del taller.</p>				

Fuente: Elaboración Propia