

Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos

Mental health and aging: A communitarian experience of musical therapy in depressed elders

Rigoberto Oliva Sánchez¹ y Teresa Fernández de Juan²

RESUMEN

Este artículo detalla el primer esfuerzo desarrollado en Cuba por aliviar los síntomas depresivos a través de la aplicación de diversas técnicas musicoterapéuticas en una población de la tercera edad. Se realizó un estudio en un total de 60 pacientes deprimidos de entre 60 a 83 años de edad, todos ellos bajo tratamiento farmacológico. Solamente el grupo experimental recibió doce sesiones de musicoterapia, con predominio de las técnicas activas. Los resultados, mostrados por los puntajes en el Inventario de Beck, aplicado antes, durante y al finalizar ese periodo de tiempo a los grupos de control y experimental, así como por la disminución de la ingesta farmacológica y el mejor desempeño social, destacan la efectividad de la musicoterapia como técnica complementaria en esta población de estudio.

Palabras clave: Musicoterapia; Música y salud; Ancianos deprimidos.

ABSTRACT

This paper relates in detail the first effort developed in Cuba to apply several musical therapy techniques with the objective of reduce depressive symptoms in elderly people. A study was made in 60 cases of depressive patients between 60 and 83 years old, all of them under medical treatment. Only the experimental group received twelve musical therapy sessions with active techniques predominance. The decrement of drugs ingestion, the improving of social performance, and the Beck Inventory results, applied before, during and after that period of time to both groups (control and experimental), emphasize the musical therapy effectiveness as a complementary technique in this population sector.

Key words: Musical therapy; Music and health; Depressed elderly people.

INTRODUCCIÓN

“Corresponden a Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía —señalan Mejía y Serrano (2000)—. La filosofía y la religión constituyeron el marco para conceptualizar culturalmente la melancolía, ligada a un sentimiento que pertenece al mundo de lo perdido y que nos acerca vivencialmente a la idea de la muerte. Como consecuencia de los cambios doctrinales

¹ Centro Comunitario de Salud Mental, Martí 214, entre Ambrón y la Piedra, Aptdo. 20, Zona Postal 12, 11200 Regal, Cuba, correo electrónico: ccsmr@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 6 de junio y aceptado el 16 de noviembre de 2005.

² El Colegio de la Frontera Norte, Km 18.5, Carretera Escénica Tijuana-Ensenada, San Antonio del Mar, 22709 Tijuana, B.C., México, correo electrónico: teresaf@colef.mx.

y socioculturales acaecidos durante el siglo XVIII, se inaugura la psiquiatría como ciencia independiente y se abandona el término melancolía, siendo sustituido por el de depresión”.

Con el acelerado e imparable envejecimiento poblacional mundial, son cada vez más las personas que arriban a la vejez, la cual, como una etapa más en la evolución del hombre, trae aparejados cambios de diversos tipos. En el aspecto físico, aparecen las arrugas y la calvicie, disminuye la estatura, hay caída de dientes y se evidencian otros trastornos biológicos, como la mala regulación del eje hipotálamo-hipofisiosuprarrenal, la alteración del sueño y otros ritmos circadianos (Blazer, 2000). En el orden social, repercuten negativamente factores como la pérdida de amigos, cónyuges o hijos; el aislamiento social; la falta de comunicación; la llegada de la jubilación sin una adecuada preparación para el ocio aparejado; la disminución de recursos económicos; la pérdida del rol social y los consecuentes sentimientos de inutilidad e incomodidad, entre otros, los cuales son causas importantes del desequilibrio emocional del anciano y de los trastornos del estado de ánimo, como la depresión.

La depresión se considera como un desorden común en la tercera edad, siendo su trayectoria crónica o recurrente en casi la mitad de los casos (Aldridge, 2001). Se caracteriza por inhibición psicomotriz, ambivalencia afectiva, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza y, en un grado más avanzado, sensación de vacío interno, de fin del mundo, profunda pena y dolor anímico (Antonuncio, 2000).

Envejecimiento saludable es un nuevo concepto, resultado de la interacción multidimensional entre salud física, salud mental, independencia en la vida diaria, integración social, soporte familiar e independencia económica (cfr. Moura, 2005). Pero sentirse útil a la sociedad y como parte activa de la comunidad, ocupar su tiempo de ocio en actividades placenteras, mantener buenas relaciones familiares y sentir la necesidad de autoexpresión y de satisfacción espiritual son condiciones que no siempre satisfacen la familia ni la sociedad. A veces, la reducción del sistema relacional y social es tal que se puede hablar de una muerte social, que precede varios años a la muerte biológica;

ante esta situación, el anciano se vuelve frágil y cae en una crisis permanente (Prieto y Vega, 1996).

Con el desarrollo actual que alcanzan las terapias creativas artísticas en el mejoramiento de la salud mental de las personas de más edad, se corrobora lo que fue en un principio el mero uso empírico de la música para el mejoramiento humano. Así lo cuenta Don Campbell, importante educador musical, en su libro *El efecto Mozart*, cuando escribe: “Orfeo tocaba el laúd para curar la melancolía. Johnny Cash curaba con el gospel. A lo largo de toda la historia escrita se ha usado la música para protegerse del abatimiento. Incluso los casos de depresión crónica, que es uno de los trastornos del humor más intratables, ceden a la magia de la música” (p. 239). En efecto, la musicoterapia es considerada en la actualidad como el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido con el propósito de abrir canales de comunicación y de producir efectos terapéuticos, psi-coprofilácticos y de rehabilitación en el paciente y la sociedad (Benenson, 2000). Ocupa un espacio de importancia como ciencia independiente, pues a través de la música muchas personas logran canalizar sus inquietudes, favoreciendo en muchos casos un óptimo estado de salud mental. También reviste gran éxito su aplicación en trastornos psicológicos como la neurosis, y asimismo en síntomas como la ansiedad, la depresión, los trastornos psicósomáticos y el insomnio (Fernández, 2001).

Los ancianos constituyen un sector al que muchos musicoterapeutas dedican esfuerzos en aras de aumentar su calidad de vida. La musicoterapia puede desarrollar, mejorar o restablecer relaciones sociales, aumentar la comunicación y realizar un trabajo preventivo de afecciones tan propias en esta etapa como las depresiones, los sentimientos de rechazo y soledad, la sensación de vacío, la falta de autoestima y otros (Torres 1996), y sus efectos han sido reconocidos por importantes musicoterapeutas dedicados a esta etapa de la vida (Bright, 1993; De Moura, 2005; Hanser y Thompson, 1994; Reisberg, Auer y Monteiro, 1998; Riegler, 1980).

La música favorece el cambio de estados de ánimo en el anciano deprimido, tanto de forma individual como grupal. A través de las actividades

grupales de musicoterapia se crea un ambiente favorable para la expresión de sentimientos y emociones, se refuerzan las relaciones interpersonales, nacen nuevos amigos, surgen nuevas motivaciones y metas y se adquieren nuevas habilidades. Asimismo, es un medio proyectivo para averiguar las causas de la depresión y constituye un apoyo psicoterapéutico que ayuda a la movilización interna y externa del paciente. Las sesiones de musicoterapia han sido el espacio para la elaboración de duelo y para la expresión de sentimientos reprimidos, y en ellas se fortalece la autoestima y los ancianos se sienten queridos y protegidos entre sí y por los terapeutas. Por consiguiente, las actividades implicadas favorecen la solución de problemas y la toma de decisiones.

Así lo demuestran las experiencias obtenidas con los ancianos beneficiados por el programa de Musicoterapia para el Adulto Mayor en el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla (La Habana, Cuba), que es parte del esfuerzo que se realiza en ese país en favor de la calidad de vida de los adultos mayores (Oliva y Fernández, 2003).

La etapa que aquí se presenta tiene como objetivos propiciar una alternativa terapéutica más a favor de la salud mental de las personas de edad, coadyuvar al aumento de la calidad de vida de los pacientes geriátricos beneficiados por esta psicoterapia, evaluar la acción de la musicoterapia como alternativa de tratamiento no farmacológico y, en especial, contribuir a la disminución de los cuadros depresivos en dichas personas.

MÉTODO

Sujetos

Participó un total de 60 sujetos, divididos en dos grupos: un grupo experimental (GE) compuesto por 35 pacientes (32 mujeres y 3 hombres), en edades de entre 62 y 83 años, y un grupo control (GC), que comprendió a 25 pacientes, (21 mujeres y 4 hombres) en edades de 60 a 81 años. En la Tabla 1 se muestra la escolaridad de los participantes.

Tabla 1. Escolaridad de los integrantes de los grupos experimental y control.

Grado	GE	GC
Primero	1	-
Segundo	4	2
Tercero	1	-
Cuarto	2	1
Quinto	1	2
Sexto	14	10
Octavo	3	1
Noveno	4	5
Duodécimo	2	3
Técnicos medios	2	-
Universitarios	1	1

Desde el punto de vista psicológico, se constataron en los integrantes de ambos grupos signos de depresión clínica —corroborados en el interrogatorio de la entrevista individual—, caracterizados por tristeza, abatimiento, llanto fácil, insomnio, disminución del apetito, irritabilidad y sentimiento de culpa, entre otros.

Desde el punto de vista físico, las principales patologías encontradas fueron hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y artropatías (constatadas éstas a través de las historias clínicas).

Teniendo en cuenta que todos los sujetos de ambos grupos tenían tratamiento farmacológico, para los efectos del estudio a todos los pacientes del GE se les aplicó tratamiento musicoterapéutico, a diferencia de los del GC. Para tener una valoración más exacta de los estados depresivos, se aplicó el Inventario de Beck (BDI) a todos los pacientes.

Instrumentos

Se utilizaron en el estudio los siguientes instrumentos:

Entrevista individual, aplicada a cada paciente de ambos grupos durante el tiempo que duró la experiencia, a fin de conocer padecimientos físicos y psicológicos y valorar su evolución.

Historia clínica, como instrumento en el que se plasmó la evolución del paciente durante el estudio.

Test de Musicoterapia, de Serafina Poch (1999), aplicado al GE antes de iniciar el tratamiento con el fin de conocer los gustos musicales y dirigir la terapia.

Inventario de Beck, aplicado antes, durante y al final del tratamiento a cada paciente de ambos grupos. Señala Hilty (2000): "El BDI es el cuestionario mejor estudiado para la depresión. Fue diseñado para identificar su presencia y su gravedad. Mide tipos cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos, no se tarda más de diez minutos en completarlo y es bien aceptado por los pacientes ambulatorios. En este cuestionario de 21 ítems, cada respuesta se puntúa de 0-3 en una escala de gravedad. Una puntuación de 13 es considerada positiva. En asistencia primaria una puntuación de 13 en el BDI mostró una sensibilidad de 0.79 y una especificidad de 0.77, en comparación con la entrevista psiquiátrica". Esta prueba es de gran uso y efectividad en los estudios diagnósticos realizados en la población cubana (Castro, Fernández y Hernández, 1996; García, 1999; González, Quintana, Fabelo y Vidal, 2004).

Técnicas

Audición musical, con sus modalidades de expresión verbal, escrita (prosa y verso) y plástica (pintura). Se propone al paciente escuchar música, tanto dirigida como de su gusto personal, con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad y provocar recuerdos, imágenes y fantasías, partiendo de que la modalidad de la audición musical ha sido utilizada previamente con éxito con pacientes deprimidos de la tercera edad (cfr. De Moura, 2005; Hanser y Thompson, 1994).

Juegos interactivos musicales. A través de la música, el cuerpo y la voz y utilizando juegos tradicionales cubanos y algunos propuestos por los pacientes, se propició la interacción grupal antes de cada sesión terapéutica.

Técnicas psicodramáticas

Silla vacía. Se aplica un estímulo musical; una silla es añadida al círculo de los participantes y se pide a cada sujeto que se imagine a alguien ahí y que entre en comunicación con esa persona (en silencio); pasados unos minutos, se solicita a cada uno que exprese lo que ha sentido (cfr. Zaldívar, 1989).

Tienda mágica. Sometidos a la acción de un estímulo musical, se plantea la existencia de una tienda mágica en la que se puede comprar y vender cualquier cosa: lo real y lo imaginario, lo presente y lo futuro, lo posible y lo imposible (Zaldívar, 1989).

Improvisación musical según el modelo de Brucia (cfr. Poch, 1999). Implica expresarse espontánea, libre y creativamente a través de cualquier instrumento musical, de la propia voz (canto) o del propio cuerpo (danza).

Música

La música utilizada en cada grupo terapéutico tuvo como base el gusto musical de los ancianos que constituían el grupo experimental, según los resultados obtenidos de la aplicación individual del Test de Musicoterapia (Poch, 1999). Según la experiencia de los presentes autores, y en concordancia con el criterio de expertos como Bright (1993), "la clave de la comunicación es tocar la música que ha sido importante para esa persona".

Tomando en cuenta ese criterio, se utilizaron piezas musicales escogidas por los sujetos, en su mayoría géneros musicales cubanos (boleros, danzones, sones), y en algunos casos piezas del repertorio internacional relacionadas con sus vivencias personales. En las primeras sesiones se utilizó la audición musical de piezas con matiz nostálgico (boleros) como *Plazos traicioneros* (Luis Marquetti), *Nosotros* (Pedro Flores) y *Hoy como ayer* (Pedro Vega). A medida que avanzaba el tratamiento, asimilaban mejor las piezas menos nostálgicas, como los danzones, entre los que se utilizaron *Almendra*, *Alturas de Simpson* y *Fefita*.

Progresivamente, en las etapas finales, los participantes de cada grupo cantaron y bailaron sones cubanos, como *Marianao* (Ramón Cabrera) y *Me voy para Morón* (José Herrera), entre otros.

Instrumentos musicales

Los instrumentos musicales que sirvieron a los ejercicios de improvisación musical fueron el piano, la guitarra y la percusión menor (claves, maracas, bongoes, chequeré), los que permitieron la expresión libre de los pacientes, y durante los ejercicios de musicoterapia pasiva se usó un equipo de música CD. Los cancioneros se utilizaron durante los ejercicios de canto colectivo e individual.

Procedimiento

Como que todos los pacientes de la muestra (GE y GC) estaban bajo tratamiento farmacológico desde el comienzo del estudio, a los efectos de esta experiencia se determinó que al primero de ellos (35 pacientes) le fuera aplicada la musicoterapia como alternativa psicoterapéutica.

Para ello, se conformaron cuatro subgrupos terapéuticos de entre siete y diez personas de ambos sexos. Previamente a la realización de la entrevista individual y la revisión minuciosa de las historias clínicas, se les aplicó el Test de Musicoterapia de Poch a fin de conocer sus gustos musi-

cales. El BDI se aplicó al inicio, a la séptima semana y al final del tratamiento musicoterapéutico para medir los estados depresivos. Las sesiones, de una hora de duración, se desarrollaron con una frecuencia semanal, en un local con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y audición. Al final, los pacientes recibieron doce sesiones de musicoterapia durante tres meses.

El GC (25 pacientes) se mantuvo sólo con tratamiento farmacológico. Antes de la entrevista individual y la revisión de sus historias clínicas, se dividió en cuatro subgrupos, a los que también se les aplicó el BDI simultáneamente al grupo experimental para constatar la evolución de cada paciente. Se les hizo una consulta semanal para comprobar que no había influencias de otras psicoterapias durante el tratamiento.

RESULTADOS

De la aplicación del BDI al inicio, durante y al final del tratamiento, se obtuvieron los resultados que se muestran en las Tablas 2 y 3, ejemplificados en cada caso por el número de pacientes.

Tabla 2. Grupo experimental.

Tipo de depresión	Número de pacientes		
	Antes	Durante	Final
Graves	8	2	0
Moderados	12	4	0
Ligeros	15	17	8
Ninguna	0	12	27
Total de personas deprimidas	35	23	8

Tabla 3. Grupo control.

Tipo de depresión	Número de pacientes		
	Antes	Durante	Final
Graves	6	2	4
Moderados	9	11	2
Ligeros	10	9	13
Ninguna	0	3	6
Total de personas deprimidas	25	22	19

Tabla 4. Relación de dimensiones depresivas afectadas (según el BDI) antes y después del tratamiento en los grupos control y experimental.

DIMENSIONES AFECTADAS	CANTIDAD DE PACIENTES						
	CONTROL		% de mejoría	EXPERIMENTAL		% de mejoría	% de ventaja del GE sobre el GC
	Antes	Después		Antes	Después		
Hipocondria	11	9	18	23	8	65	47
Pérdida de libido	14	10	29	20	5	75	46
Fatigabilidad	16	11	31	20	7	65	34
Autoacusación	14	10	29	17	7	59	30
Irritabilidad	13	10	23	19	9	53	30
Estado de ánimo	20	9	55	30	5	83	28
Imagen corporal	16	10	38	19	7	63	26
Incapacidad de trabajo	16	11	31	22	10	55	23
Incapacidad de decisión	15	9	40	21	9	57	17
Descontento	18	11	39	18	8	56	17
Pérdida de afecto	16	11	31	17	9	47	16
Llanto	16	9	44	21	9	57	13
Odio a sí mismo	14	8	43	13	6	54	11
Pérdida	13	9	31	12	7	42	11
Sentimiento de culpa	17	11	35	14	8	43	8
Impulso al suicidio	15	9	40	17	9	47	7
Trastorno del sueño	17	10	41	21	11	48	6
Necesidad de castigo	15	8	47	19	9	53	6
Aislamiento social	14	9	36	13	8	38	3
Fracaso	17	11	35	16	10	38	2
Pesimismo	20	9	55	21	10	52	-3

Uso de los procedimientos terapéuticos

Atendiendo a la calidad de pacientes en esta etapa del tratamiento, en cada sesión de trabajo los ejercicios de calentamiento consistieron básicamente en juegos musicales que, además de servir para aclimatarlos a las sesiones, propiciaron la expresión verbal, corporal y la estimulación y fortalecimiento de la autoestima. Se utilizaron en muchos casos juegos tradicionales cubanos como vehículos para la evocación de recuerdos de la infancia. La técnica de audición musical fue la más utilizada en sus modalidades de expresión oral, escrita y plástica; a través de ellas, los pacientes canalizaron sentimientos reprimidos y emociones

y liberaron tensiones al revivir momentos agradables de su infancia y juventud. La música tradicional cubana fue el medio sonoro que permitió tales recuerdos. Se utilizaron piezas antológicas como *Lágrimas negras* (Miguel Matamoros) y *La camagüeyana* (Ignacio Cervantes), las cuales propiciaron la descarga verbal, llenando cada sesión de historias, recuerdos y experiencias que cada paciente rememoraba fluidamente. La expresión plástica favoreció la canalización de conflictos familiares, frustraciones personales y profesionales, aspiraciones y deseos reprimidos a través de piezas instrumentales tales como *Dolannes melodies* (P. Seneville) y *Felicia* (René Toledo).

La improvisación musical fomentó la creatividad, imaginación y realización personal de aquellos que se sentían frustrados al poder mostrar habilidades que creían perdidas. La utilización de instrumentos musicales como el piano y la percusión menor, además del cuerpo y la voz, hicieron posible la desinhibición y expresión, constituyendo una vía de liberación.

Se utilizaron otras técnicas psicodramáticas, como las de la silla vacía y la tienda mágica, que propiciaron la descarga de impulsos, la catarsis, la canalización de reacciones de duelo (no consumadas), la socialización y el intercambio de experiencias.

La experiencia en cuatro años de trabajo ha demostrado que, en el caso de los pacientes deprimidos, el tipo de técnicas musicoterapéuticas utilizadas debe corresponder al estado del paciente; así, el uso de la musicoterapia activa (improvisación musical, danzaterapia, diálogo musical) en las primeras sesiones resultó positivo, ya que se hizo necesario por parte del terapeuta adecuarse al tiempo psicológico de los pacientes.

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

La utilización de las diferentes modalidades de expresión de la audición musical (plástica, oral y escrita) han tenido acción terapéutica y diagnóstica. La expresión plástica y escrita permitieron respetar la individualidad de ciertos pacientes ante su evidente retraimiento para la expresión oral.

La musicoterapia activa resultó (de forma general) más efectiva después de la quinta sesión a través de técnicas como el canto, la danza y los viajes musicales.

Experiencias individuales

Paciente ARG: 63 años, antecedentes patológicos personales (APP) de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Graduada de Magisterio y piano, fue intervenida quirúrgicamente a los 24 años con diagnóstico de cáncer de laringe; traqueotomizada, no emite sonidos vocales, lo que le produjo depresión desde muy joven. Llega a las sesiones de musicoterapia por voluntad propia, con estado

de ánimo deprimido, tristeza profunda e insatisfacción. Durante un ejercicio de improvisación musical al piano, hizo catarsis al ejecutar una pieza de melodía muy triste. Al terminar, contó a los presentes algunos de sus principales conflictos. En un ejercicio de expresión plástica, dibujó dos manos grandes, y explicó que para ella sus manos son sus mejores instrumentos porque le han permitido vivir al poder ejecutar el piano. En otra de las sesiones, durante un ejercicio de audición musical en la modalidad de expresión escrita, manifestó: “Siento como si hubiera empezado a caminar en mis recuerdos y a sentirme motivada para vivir. En tan corto tiempo siento un cambio muy positivo en mi vida”. Al transcurrir las sesiones se pudo observar un considerable cambio de su estado de ánimo.

Paciente FCP: 65 años, ama de casa, APP de cardiopatía isquémica y trastornos psiquiátricos desde joven. Comenzó en el tratamiento de musicoterapia a propuesta de su médico de familia. Al comienzo manifestaba angustia y tristeza debido a un conflicto familiar (esposo e hijo alcohólicos). Mantenía una actitud muy pasiva durante las actividades por su estado depresivo. En la cuarta sesión, durante el ejercicio de “viajes musicales”, respondió apropiadamente al escuchar una zamba brasileña, lugar que visitó años atrás. A la siguiente sesión se mostró muy alegre y entusiasta, vestía elegantemente y al entrar al salón colocó una flor en el centro del salón. A partir de entonces se logró su reinserción a la actividad, lográndose una mejoría evidente de su estado de ánimo.

Paciente WFP: 82 años, jubilado, APP de hipertensión arterial. Se incorporó al programa de musicoterapia porque necesitaba sentirse mejor, según refirió. Desde el principio participó de forma pasiva y siempre se quejaba de sus problemas de salud: “Tengo severos trastornos circulatorios que me impiden caminar bien”, afirmaba continuamente. En la sexta sesión, al escuchar el danzón *Almendra*, dejó el bastón al lado y bailó junto a su esposa sin mostrar cansancio alguno. Al finalizar, aseveró: “La música vibra dentro de mí y hasta me olvido de los dolores”. En sesiones posteriores demostró su excelencia como bailarín, lo que favoreció un aumento de su autoestima y de su salud mental y física.

Paciente MMR: 76 años, APP de diabetes mellitus. Asistía puntualmente a cada una de las sesiones y disfrutaba desde su lugar las actividades, pero se resistía a los ejercicios de musicoterapia activa. En la octava sesión, durante un ejercicio de danza libre, se incorporó a ésta al ser invitado por otra paciente. Al terminar el ejercicio expresó: "Hacia muchos años que no bailaba, desde que falleció mi hijo de 15 años".

En uno de los grupos terapéuticos, al realizar un ejercicio de improvisación, cada participante debía decir cuál era su instrumento favorito; en caso que alguno coincidiera, debía escoger otro, de forma tal que cada uno representara un instrumento diferente. La segunda parte consistía en que cada uno imitara con su cuerpo y voz el sonido del instrumento escogido. El resultado fue notable por la polifonía lograda.

Paciente MLR: 64 años. Ingresó al grupo de terapia con depresión grave resultante de una pérdida (hija fallecida seis meses antes). Hizo catarsis al inicio del tratamiento con algunas piezas de matiz nostálgico. En una sesión posterior pidió escuchar el *Concierto de Aranjuez* (Joaquín Rodrigo); a pesar de lo nostálgico de la música, pudo evocar momentos importantes de su vida. Su estado de ánimo mejoraba poco a poco, y, aunque prefirió en todo momento disfrutar desde su asiento, en la última sesión cantó espontáneamente una canción de su juventud acompañada al piano; reía al expresar que desde que su hija falleció no había tenido un momento de felicidad.

Paciente DJP: 62 años. Fue derivada a musicoterapia por depresión grave. Al principio del tratamiento se resistía a escuchar algunas piezas que la hacían sentir triste, según expresaba. En una sesión, al escuchar *Yesterday* (John Lennon) interpretada por Mantovani, evocó sentimientos y emociones reprimidas por mucho tiempo y que eran la causa de su depresión actual. A lo largo de las sesiones se observó un cambio sustancial en su actitud y estado de ánimo. Conversaba con otros integrantes, reía y cambió su porte y aspecto personal, además de que escuchaba con agrado aquellas piezas que antes no aceptaba. Finalmente, por decisión propia, no permitió que su hija la acompañara a las sesiones, como era usual.

DISCUSIÓN

Al concluir la experiencia, se pudo constatar que la musicoterapia constituyó una importante alternativa terapéutica en favor de la salud mental de los ancianos deprimidos, quienes se vieron beneficiados por ella. Los pacientes que constituyeron el grupo experimental aceptaron con beneplácito esta nueva forma de tratamiento y se manifestaron positivamente ante la vida. Durante ese tiempo se observó una mejoría sustancial en el estado de ánimo, autoestima y desempeño social, lo que contribuyó al aumento de su calidad de vida.

También desde el punto de vista cualitativo, se apreció mejoría en las dimensiones del estado depresivo en los subgrupos experimentales, en comparación con los controles (ver Tabla 4). De esta forma, en lo que respecta a las dimensiones depresivas medidas a través del BDI, si bien en general las diferencias fueron muy notables a favor del grupo experimental, se constató que los síntomas en que los pacientes con tratamiento musicoterapéutico mostraron una considerable mejoría en comparación con el grupo control fueron las preocupaciones desmedidas centradas en sus enfermedades (hipocondría) y pérdida de la libido (con más del 45% a favor del GE, en ambos casos), seguido de una disminución en la fatigabilidad, menor cantidad de ideas autoacusatorias, menor irritabilidad y, en general, mejor estado anímico, así como una mejoría de su imagen corporal y mayor capacidad de trabajo.

También se comprobó que, a pesar de que ambos grupos se encontraban bajo tratamiento farmacológico, y que por ende ambos evidenciaron mejorías en su estado depresivo, en el GE los cuadros depresivos disminuyeron ostensiblemente y de forma más lineal (sin recaídas) que en el GC. En este último fue menor la cantidad de pacientes que mostró tres meses después signos de depresión, sobre todo de gravedad (Tablas 2 y 3).

Al finalizar la experiencia, se evidenció la importancia de la musicoterapia como alternativa de tratamiento no farmacológica, resultado corroborado por la evolución en el tiempo que tuvo cada paciente. De los 35 sujetos beneficiados con la terapia musical, ocho de ellos modificaron el

tratamiento farmacológico al disminuir la ingesta de tabletas, lo que fue constatado en cada consulta de seguimiento, a diferencia de los casos que constituían la muestra control.

Por lo tanto, si bien esta es una experiencia piloto, susceptible de perfeccionamiento a través

del tiempo, resultó palpable que la música posee propiedades terapéuticas que alivian los síntomas depresivos, por lo que se recomienda su aplicación adecuada y dosificada. El efecto final es una mayor calidad de vida en los ancianos.

REFERENCIAS

- Aldridge, D. (2001). Las terapias creativas artísticas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas. *Memorias del Congreso de Musicoterapia y Arteterapia en las Enfermedades Neurodegenerativas*. Vitoria Gasteiz, España, septiembre 14-16.
- Antonuccio, O. (2000). Depresión. En J. Rocabruno (Ed.): *Tratado de gerontología y geriatría clínicas* (pp. 447-451). La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bright, R. (1993). *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico*. Buenos Aires: Bonun.
- Blazer, D. (2000). Psiquiatría geriátrica. En *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Hales/Yudofsky/Masson.
- Campbell, D. (1998). *El efecto Mozart*. Barcelona: Urano.
- Castro, M., Fernández, D. y Hernández, E. (1996). Calidad de vida en la mujer trasplantada en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería* (La Habana), 12(1).
- De Moura, S. (2005). Musicoterapia na Tereceira Idade. *Memorias de Musicoterapia en Tercera Idade: um Templo de Qualidade* (Programa de Gerontologia y Geriatria), São Paulo, Brasil: Facultad Paulista de Artes.
- Fernández, T. (2001). *Donde termina la palabra*. México: Plaza y Valdez.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1).
- González, S., Quintana, M., Fabelo, R. y Vidal, L. (2004). Análisis de variables multicausales de la depresión en pacientes con epilepsia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*.
- Hanser, S. y Thompson, L. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49(6), 25-35.
- Hilty, D. (2000). Psiquiatría y atención primaria. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Mejías, F. y Serrano, M. (2000). Trastornos del estado de ánimo. En J. Meléndez y P. Valdez (Eds): *Enfermería en psiquiatría y salud mental* (pp. 98-106). Madrid: Ediciones DAE.
- Oliva, R. y Fernández, T. (2003). La musicoterapia en los gerontes: una alternativa de salud. *Psicología y Salud*, 13(1), 135-142.
- Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Prieto, O. y Vega, E. (1996). *Temas de gerontología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Reisberg, B., Auer, S. y Monteiro, I. (1998). A rational psychological approach to the treatment of behavioral disturbances and symptomatology in Alzheimer's disease based upon recognition of the developmental age. *Journal of the Academy of Biomedical Drugs Research*, 13, 102-109.
- Riegler, J. (1980). Comparison of a reality orientation program for geriatric patients with and without music. *Journal of Music Therapy*, 17(1), 26-33.
- Torres, E. (1996). Musicoterapia y tercera edad. *Música, Arte y Proceso* (Vitoria-Gastéis, España), 5, 21-36.
- Zaldívar, D. (1989). *Temas de psicoterapia*. La Habana: Editorial Nacional de Educación Superior.

