



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA REDUCCIÓN DE LA SOBRECARGA
FÍSICA Y EMOCIONAL EN UN GRUPO DE CUIDADORES EN LA CIUDAD DE
BOGOTÁ D.C.**

LIZETH ALEXA FANDIÑO VERGARA

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Maestría en Musicoterapia

Bogotá D.C.

2019

EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA REDUCCIÓN DE LA
SOBRECARGA FÍSICA Y EMOCIONAL EN UN GRUPO DE CUIDADORES EN LA
CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

LIZETH ALEXA FANDIÑO VERGARA

Fisioterapeuta, candidata a acceder el título de Magíster en Musicoterapeuta

Código: 05561477

Director.

María del Pilar Rodríguez – Psicóloga. Mg. en Musicoterapia

Co-director:

Miguel Suárez Russi, Médico

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Maestría en Musicoterapia

Bogotá D.C.

2019

Dedicatoria

A mi mamá, pese a que ya no está físicamente con nosotros, por cuidar y formar quienes somos; a mi hermana, por su apoyo incondicional en momentos de tristeza y dificultad. A mis amigos de infancia, pregrado y a quienes conocí y me aceptaron durante este proceso, por enseñar, comprender, apoyarme, estaré eternamente agradecida.

Agradecimiento

Manifiesto mi completa gratitud a Dios, ante todo, por traer todas las oportunidades y personas que llegaron en esta aventura, así como a mi familia, con su apoyo.

A mis amigos por estar siempre presentes para mí, a la Fundación Acción Familiar Alzheimer por brindarme esta oportunidad tan maravillosa y enriquecedora, a los participantes por abrir sus corazones a esta nueva experiencia.

A la Maestra Carmen Barbosa, por la paciencia y dedicación que nos ofrece a todos los que llegamos solicitando su ayuda y a mis amigos y compañeros de la Maestría en Musicoterapia, por ayudarme a crecer, aprender y acogerme

Resumen

El presente trabajo, tiene como objetivo, describir el efecto de la musicoterapia en la reducción de sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores que asisten a la Fundación Alzheimer en la ciudad de Bogotá, por medio de los cuatro métodos musicoterapéuticos para generar bienestar en los cuidadores; para ello, se plantea una investigación de tipo mixto con diseño explicativo secuencial, como la variable independiente se tomó la musicoterapia y como variables intervinientes de ésta, el autoconocimiento, el manejo de las emociones y las estrategias de afrontamiento, teniendo como base un enfoque cognitivo conductual. En total se realizaron 20 sesiones y una muestra final, los instrumentos utilizados fueron la ficha de historia musical, Escala Zarit, Escala Visual Análoga (EVA) y el test de APGAR familiar, además, se utilizaron durante el proceso grabaciones, protocolos y análisis de producciones musicales de cada sesión para confirmar los avances y al finalizar, se aplicaron los mismos instrumentos y se realizaron encuestas de satisfacción.

Los resultados cuantitativos mostraron cambios significativos en la prueba EVA, con reducción en la percepción de dolor, también, hubo resultados cualitativos evidenciados en cambios positivos en las variables intervinientes, demostrando que la musicoterapia tiene un efecto positivo en la reducción de la sobrecarga física y emocional en cuidadores, por tanto, es una disciplina adecuada para trabajar con este tipo de problemáticas, tanto como prevención como tratamiento.

Palabras claves: cuidadores, Alzheimer, sobrecarga física, sobrecarga emocional, Síndrome de burnout

Abstract

The objective of this work is to describe the effect of music therapy on the reduction of physical and emotional overload in a group of caregivers attending the Alzheimer Foundation in the city of Bogotá, through the four music therapy methods to generate well-being in caregivers; for this, a mixed type research with sequential explanatory design is proposed, as the independent variable was taken as music therapy and as intervening variables of this, self-knowledge, the management of emotions and coping strategies, based on a cognitive behavioral approach . A total of 20 sessions and a final sample were carried out, the instruments used were the musical history card, Zarit Scale, Visual Analogue Scale (EVA) and the APGAR family test, and recordings, protocols and analysis were used during the process. musical productions of each session to confirm the progress and at the end, the same instruments were applied and satisfaction surveys were carried out.

The quantitative results showed significant changes in the EVA test, with reduction in the perception of pain, also, there were qualitative results evidenced in positive changes in the intervening variables, demonstrating that music therapy has a positive effect in reducing the physical and emotional overload in caregivers, therefore, is an appropriate discipline to work with this type of problems, both as prevention and treatment.

Key words: caregivers, Alzheimer's, physical overload, emotional overload, burnout syndrome

Tabla de contenido

Introducción	11
1. Situación Problemática	12
1.1 Antecedentes.....	13
1.1.1 Intervención a cuidadores desde la psicología.....	15
1.1.2 Intervenciones desde la Musicoterapia	17
1.1.3 Intervenciones a cuidadores desde la Musicoterapia	18
1.2 Justificación	19
1.3 Planteamiento del Problema	24
1.3.1 Pregunta de investigación.....	24
1.3.2 Preguntas subordinadas.....	24
1.4 Objetivos.....	25
1.4.1 Objetivo general.....	25
1.4.2 Objetivos específicos de investigación.....	25
1.4.3 Objetivos específicos musicoterapéuticos	25
1.5 Hipótesis	26
2. Marco teórico	27
2.1 Enfoque cognitivo conductual	27
2.1.1 Terapias de Segunda Generación.....	28
2.1.2 Terapias de Tercera Generación.....	29
2.2 Etapa de desarrollo Edad Adulta	37
2.3. Cuidadores	40
2.4 Autocuidado.....	43
2.4.1. Autoconocimiento.....	43
2.4.2 Regulación Emocional.....	45
2.4.3 Estrategias de afrontamiento.....	46
2.5 Síndrome Burnout.....	50
2.6 La Enfermedad de Alzheimer.....	53
2.6.1 Fisiopatología del Alzheimer.....	54
2.6.2 Sintomatología del Alzheimer.....	55
2.7 Cuidador de personas con Alzheimer.....	57
2.8 Sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer.....	58
2.9 Musicoterapia	59
2.9.1 Definiciones.....	59
2.9.2 Intervención en musicoterapia	61
2.9.3 Métodos Musicoterapéuticos.....	61
2.10 Consideraciones éticas.....	63
2.11. Marco Metodológico	64
2.11.1 Tipo de investigación.....	64
2.11.2 Diseño de investigación	65
2.11.3 Análisis de datos	66
3. Metodología de Investigación.....	67
3.1 Tipo y diseño de investigación	67
3.2. Participantes.....	67
3.3 Instrumentos	68
3.3.1 Formato de Planeaciones	68
3.3.2 Protocolos de análisis de sesiones.....	69

3.3.3	Ficha de Historia Musicoterapéutica.	69
3.3.4	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.	70
3.3.5	Escala Visual Análoga (EVA)	70
3.3.6	Test de APGAR familiar.....	71
3.3.7	Encuesta de Satisfacción.	71
3.4	Variables.....	72
3.4.1	Variable Dependiente.....	72
3.4.2	Variable Independiente.	73
3.5	Procedimiento.....	74
4.	Resultados.....	76
4.1	Características Sociodemográficas la población.....	76
4.2	Resultados Cuantitativos de las Pruebas Aplicadas.....	82
4.2.1	Resultados Pruebas Pre.....	82
4.2.2	Resultados Pruebas Post.....	84
4.2.3	Análisis de Pruebas Pre y Post.....	86
4.3	Resultados Cualitativos - Análisis de la Producción Musical.....	88
4.3.1	Análisis de la producción musical - Sesión 1.	88
4.3.2	Análisis de la producción musical - Sesión 2.	88
4.3.3	Análisis de la producción musical - Sesión 3.	89
4.3.4	Análisis de la producción musical - Sesión 4.....	89
4.3.5	Análisis de la producción musical - Sesión 5.	90
4.3.6	Análisis de la producción musical - Sesión 6.	91
4.3.7	Análisis de la producción musical - Sesión 7.....	92
4.3.8	Análisis de la producción musical - Sesión 8.....	92
4.3.9	Análisis de la producción musical - Sesión 9.	93
4.3.10	Análisis de la producción musical - Sesión 10.	93
4.3.11	Análisis de la producción musical - Sesión 11.	94
4.3.12	Análisis de la producción musical - Sesión 12.	95
4.3.13	Análisis de la producción musical - Sesión 13.	96
4.3.14	Análisis de la producción musical - Sesión 14.	97
4.3.15	Análisis de la producción musical - Sesión 15.	98
4.3.16	Análisis de la producción musical - Sesión 16.	98
4.3.17	Análisis de la producción musical - Sesión 17.	99
4.3.18	Análisis de la producción musical - Sesión 18.	99
4.3.19	Análisis de la producción musical - Sesión 19.	100
4.3.20	Análisis de la producción musical - Sesión 20.	101
4.3.21	Análisis de la producción musical - Muestra final.....	101
4.4	Resultados Cualitativos de las Encuestas de Satisfacción.....	102
4.5	Resultados Cualitativos de las variables intervinientes.....	103
4.5.1	Variable interviniente: Autoconocimiento.....	104
4.5.2	Variable interviniente: Emociones.....	104
4.5.3	Variable interviniente: Estrategias De Afrontamiento.....	105
4.6	Resultados Cualitativos Generales del Proceso Musicoterapéutico.....	107
4.6.1	Valoración.....	113
4.6.2	Fase Central.....	114
4.6.3	Cierre.....	115
4.7	Resultados Cualitativos de Casos Puntuales.....	115

4.7.1 Participante XMC	115
4.7.2 Participante AEL	119
5 Análisis y discusión	124
6. Conclusiones	142
7. Recomendaciones.....	144
8. Referencias.....	146
9. Anexos	155
9.1 Formato de Consentimiento Informado.....	155
9.2 Formato de Planeación	157
9.3 Protocolos de sesiones 1 - 20.....	158
9.4 Formato de ficha de historia musicoterapéutica	4
9.5 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview).....	5
9.6 Escala Visual Analógica.....	7
9.7 Test de APGAR Familiar	8
9.8 Encuesta de Satisfacción	9
9.9 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable interviniente regulación emocional	11
9.9.1 Composición elaborada por CSV y DPC.....	11
9.9.2 Composición realizada por XMC y MCA, titulada Adiós a la culpa	12
9.9.3 Composición de MEC.....	13
9.9.4 Composición de la participante CSV	14
9.9.5 Composición elaborada por LAM	15
9.10 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable interviniente estrategias de afrontamiento	16
9.10.1 Composición de la participante AEL.....	16
9.10.2 Composición de la participante ALP	17
9.10.3 Composición realizada por XMC y ALP	18
9.10.4 Composición de MEC, MEM Y CSV.....	19
9.11 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable autoconocimiento.....	20
9.11.1 Improvisación vocal de la participante MCA	20
9.11.2 Improvisación vocal de la participante XMC	21

Índice de Figuras

Figura 1. Sexo de los participantes.....	80
Figura 2. Edad de los participantes	80
Figura 3. Estrato Socioeconómico	81
Figura 4. Ocupación de la muestra.....	81
Figura 5. Tiempo siendo cuidador.....	82
Figura 6. Resultados Pre - Escala Zarit	83
Figura 7. Resultados Pre – EVA	83
Figura 8 Resultados Pre - APGAR Familiar	84
Figura 9. Resultados Post - Escala Zarit	85
Figura 10. Resultados Post - EVA	85
Figura 11. Resultados Post - APGAR Familiar.....	86
Figura 12. Fases del Proceso Musicoterapéutico	108

Índice de tablas

Tabla 1. Características Sociodemográficas la población.....	76
Tabla 2. Análisis de Pruebas Pre y Post	86
Tabla 3. Resumen del Proceso Musicoterapéutico.....	108
Tabla 4. Valoración General Inicial	113

Introducción

La Enfermedad de Alzheimer, es una patología conlleva al deterioro del paciente, donde los síntomas más frecuentes son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida progresiva de la memoria, dificultades de orientación, problemas con el lenguaje y cognitivas (Hawkins y Graff-Radford, 2007). Lo cual implica para el cuidador grandes demandas, según la Organización Mundial de la Salud, (referido en Rodríguez y Rihuete 2011) el cuidador primario es la persona que asume voluntariamente el papel de responsable de una persona enferma y está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, además de cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta. Dicho rol de cuidador puede llevar a consecuencias en la salud, además de dificultades económicas, sociales y familiares, que podrían desencadenar una sobrecarga física y emocional (Zabalegui A, et al. 2007).

La presente investigación es de tipo mixto y tiene como objetivo general describir el efecto que tiene la musicoterapia en la reducción de sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores de la Fundación Alzheimer en Bogotá, a través de los diferentes métodos musicoterapéuticos con el fin de generar bienestar en el cuidador. Dentro de este estudio, se encuentra relacionado la situación problemática, las intervenciones realizadas, la descripción del enfoque utilizado, las explicaciones de los temas centrales y el desarrollo del proceso musicoterapéutico realizado, donde se describe el uso de los cuatro métodos musicoterapéuticos que están orientados a fortalecer el autoconocimiento, la regulación emocional y a crear estrategias de afrontamiento activas para los cuidadores, que le ayuden a dar respuesta a las situaciones de la vida diaria.

1. Situación Problemática

La Enfermedad Alzheimer es un tipo de demencia que conlleva al deterioro gradual de la memoria, ya que causa la muerte de las células nerviosas, se encuentra dividida en tres estadios: leve, moderado y severo, donde la enfermedad inicia con olvidos pequeños, hasta llegar a un olvido de sí mismo y de las personas que lo rodean, terminando en una completa dependencia (Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 47 millones de personas con demencia en el mundo, donde se evidencia un incremento anual de 9.9 millones de nuevos casos, calculando que para el 2030 la cifra será de 75 millones de personas con demencia. En Colombia, esta enfermedad afecta a 221 mil personas, en especial predomina la demencia tipo Alzheimer en personas mayores de 60 años, en su mayoría mujeres (Ruíz, C; Nariño, D y Muñoz, J. 2010).

Tal como se presentan consecuencias en la salud de la persona que padece la enfermedad, también se observa dificultades en la salud de los cuidadores: a nivel físico como lesiones musculo-esqueléticas, cefaleas, zonas de tensión muscular; a nivel emocional, como sentimientos de culpa, rabia, frustración, soledad; a nivel psicológico, pueden desarrollar estrés, ansiedad y depresión; y a nivel social, falta de tiempo de ocio, dificultades en su red de apoyo, sentimientos de abandono, aislamiento, dificultades en las relaciones sociales y familiares, todo lo anterior debido a que el cuidador debe estar pendiente de las solicitudes de la persona a su cuidado (Geldmacher, 2004; Jeffrey, et al., 2002).

Además de esto, el cuidador está inmerso en cambios comportamentales, como realizar una modificación de sus horarios habituales para que sean acordes al paciente, así como estar pendiente de la administración de los medicamentos, lo que podría conllevar a una sobrecarga en su labor, teniendo en cuenta los sentimientos frustración de ver a su familiar consciente perdiendo las capacidades cognitivas (Geldmacher, 2004; Jeffrey, et al., 2002).

1.1 Antecedentes

El estudio realizado por Flores, Rivas y Seguel (2012) con 67 cuidadores familiares de adulto mayor con dependencia severa, que tuvo como objetivo conocer la relación con las características sociodemográficas y determinar el nivel de sobrecarga. Se encontró en los resultados que con relación al primer objetivo; la mayoría de la muestra eran mujeres, hijas de la persona mayor y tenían una edad promedio de 58 años, además tenían una condición económica baja y en su mayoría no tenían una ocupación, además se encontraban como cuidadores tiempo completo, no realizaban alguna actividad recreativa, ni recibían ayuda de otras personas. En cuanto al segundo objetivo se encontró que más de la mitad de la muestra tenía sobrecarga intensa, demostrando que los cuidadores tenían pocos o nulos beneficios y presentaban dificultades en su salud.

Resultados similares se encontraron en el estudio realizado en España por Artaso, Goñi y Birurrun (2003) con 80 cuidadoras de personas con demencia; 40 de ellas tenían a su cargo pacientes que acudían a un centro día psicogeriátrico y las otras 40 cuidadoras estaban en el domicilio de la persona a su cuidado. Los resultados encontraron que el 79% de las cuidadoras tenían sobrecarga intensa, con presencia de alteraciones neuro-psiquiátricas, además contaban con apoyo social bajo y como estrategia de afrontamiento utilizaban la evitación y la huida.

Dentro de este marco, en ese mismo país, Badia, Lara y Roset (2004) realizaron un estudio por medio de encuestas, con el fin de conocer la calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal de personas con Alzheimer en España. Los resultados mostraron que el 84% de los cuidadores referían problemas físicos, un 77.6% manifestaban fatiga, el 68.7% presentaban insomnio, 60% refería dolor de espalda, el 52.2% dolor de cabeza y el 14.2% problemas musculo-esqueléticos, como fracturas o esguinces, también reportaban problemas digestivos, alteraciones en los sistemas cardiovasculares como insuficiencia cardíaca y arritmias, alteraciones en el sistema inmune, presentando virus y alergias,

así como dificultades respiratorias como asma y disnea, además con relación a lo psicológico, el 94,4% referían estrés, 67,2% culpa, 64,4% arrojaron ansiedad, 60,1% irritabilidad y el 56,3 depresión.

Frente a este mismo tema, Boerner, Schulz, y Horowitz (2004) reportaban que es posible que en los cuidadores aumente los sentimientos de tristeza y lleguen a una depresión al fallecer el familiar que tenían a su cuidado, así como presentar una posible ansiedad, debido a la pérdida de su rol significativo. De igual forma, según Carretero, Pérez, Sánchez y Balbás (2011), mencionan que los cuidadores tienen cambios en la personalidad, donde hay un descuido de sus hábitos de autocuidado. Así como algunos cuidadores presentan consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Carroble, Remor y Rodríguez, 2003; Ojeda y Espinoza, 2010).

Por otra parte, algunos cuidadores reportaron formas positivas relacionadas con el cuidado, como gratificación con el cargo de cuidador, claro está esto dependía de su red de apoyo (Slachevsky, Fuentes, Javet y Alegría, 2007). El apoyo social es un recurso importante para un cuidador, ya que permite que la persona sea reconocida en su labor de cuidado de forma positiva, recibiendo afecto, afirmación, respaldo y entrega de ayuda material, además promueve el autocuidado (Muñoz, 2000; García, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; Pérez, 2008).

En Colombia, el estudio realizado por Cerquera y Galvis (2014) con cuidadores informales, encontró que ellos recurrían a estrategias activas, como la planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, aceptación, religión, humor, entre otras, que ayudan a transformar el ser cuidador en una experiencia grata.

Con el fin de que los cuidadores lleguen a crear estas estrategias, diferentes disciplinas se han encargado de crear programas para generar bienestar tanto a cuidadores como a pacientes, los cuales se abordarán a continuación.

1.1.1 Intervención a cuidadores desde la psicología.

Según Zambrano y Ceballos (2007), la psicología utiliza en las intervenciones con cuidadores diferentes temas como:

- Educación general: Presentación formal de información general, sin discusiones de los temas, con o sin asesoría externa.
- Discusión general: Diálogos individuales y/o en grupo entre pacientes y facilitador.
- Grupos de apoyo: Conformado por personas con características similares, que comparten información y situaciones referentes al cuidado.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Juego de roles, modelamiento, ensayos, asertividad, entrenamiento en comunicación verbal y no verbal.
- Apoyo social: Se enseña a los cuidadores a mejorar habilidades de interacción en la familia para fomentar la mejoría en la red de apoyo, reducir el aislamiento e incrementar el apoyo social.
- Actividades sociales: Intervenciones con actividades de ocio y entretenimiento grupales pueden ser realizar ejercicio, bailes, hacer cenas, entre otros.
- Resolución cognitiva de problemas: Se ayuda a los cuidadores a crear estrategias para mejorar el afrontamiento de problemas, con el fin de reducir el efecto negativo de los estresores.
- Terapia cognitiva: Intervenciones que intentan modificar las creencias más frecuentes relacionadas con el cuidado, como hacer que los cuidadores sean conscientes de la incapacidad de controlar la conducta.
- Habilidades cognitivas: Se emplean técnicas como distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, entre otras.

- **Habilidades y prácticas de cuidado:** Se enseñan habilidades prácticas para que el cuidador puede utilizar con la persona enferma como bañar, levantar, movilizar, entre otras.
- **Relajación:** Se enseñan mecanismos para relajar el cuerpo y mente.
- **Terapia de conducta:** Programas donde se emplean teorías del aprendizaje, establecimiento de metas formalizado, refuerzo verbal o material.
- **Psicoterapia y consejería:** Intervenciones individuales o grupales de consejería, con el fin de mejorar el estado de ánimo, manejar la aceptación y mejorar las relaciones familiares.

Frente a estas terapias, la revisión sistemática desarrollada por Zabalegui, et al., (2008) para confirmar la eficacia de intervenciones dirigidas a cuidadores de pacientes mayores de 65 años dependientes; encontraron 15 investigaciones desde 1996 hasta 2006, que mostraron resultados estadísticamente significativos, reflejando en cuidadores una sobrecarga del 40%, además el 50% de los cuidadores mostraban ansiedad y 90% depresión. De igual manera, estos autores encontraron que las intervenciones más eficaces estaban basadas en la terapia cognitivo-conductual, especialmente las que contaban con la participación activa de los cuidadores y donde se trabajaba la psico-educación.

Siguiendo este mismo enfoque, Vázquez, et al., (2015) realizaron otra revisión encontrando 11 estudios en las bases de datos PsycInfo y Medline, que tenían como objetivo determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas breves, es decir una terapia con menos de ocho sesiones, donde se tiene como fin reducir los síntomas depresivos de los cuidadores. En los estudios encontraron que gran parte de ellos, la terapia psicológica breve basada en el modelo integrador multifactorial de la depresión y en la resolución de problemas era efectiva para disminuir la sintomatología depresiva en cuidadores que mostraban riesgo de tener este trastorno.

Por otro lado, luego de conocer las intervenciones para los cuidadores desde la terapia psicológica y su efectividad, es importante conocer que se ha trabajado desde la musicoterapia,

siendo ésta una disciplina que ofrece múltiples beneficios a diferentes poblaciones, entre los cuales se encuentran pacientes de enfermedades crónicas y degenerativas y sus cuidadores.

1.1.2 Intervenciones desde la Musicoterapia

Se ha mencionado que la musicoterapia ayuda a manejar la ansiedad, la depresión y el estrés, que son problemáticas que se presentan frecuentemente en personas con alguna enfermedad. Frente a la ansiedad, tomado desde el paciente, se encuentran múltiples estudios que han abordado al ser humano desde aspectos físicos, psicológicos y emocionales, entre los cuales se resalta la tesis de Buenaño (2010) realizada con un grupo de 20 pacientes que arrojaron un alto grado de ansiedad, donde se realizaron sesiones semanales de una hora durante seis meses, el objetivo de esta investigación era determinar la eficacia de la musicoterapia para eliminar síntomas ansiosos. Luego del tratamiento, se tomaron datos post intervención, donde se apreció una mejoría porcentual, los autores concluyeron que la musicoterapia por sí sola no lograba disminuir la ansiedad, pero es una herramienta de apoyo efectiva para trabajar de la mano con otras disciplinas.

Estos mismos resultados se encontraron en un estudio realizado por Nieto-Romero (2017), donde se buscó conocer los efectos de la musicoterapia en la disminución del nivel de ansiedad en adultos con patologías cardíacas que debían realizarse una resonancia (examen diagnóstico), esto se hizo mediante un estudio comparativo, prospectivo y transversal, con 2 grupos: uno con 14 y el otro 17 participantes, como instrumento utilizaron la Escala de Ansiedad – STAI; antes y después de la sesión de musicoterapia y una escala tipo Likert para valorar la percepción de ansiedad. Ambos grupos escuchan música antes de realizarse el examen de resonancia, durante 30 minutos, con un nivel de sonido entre 15 y 24 decibelios; el grupo No 1 escuchó música clásica y el No 2 escuchó música de su elección personal. Los resultados mostraron en los dos

grupos una reducción en la frecuencia cardíaca (74.36 a 69.07lpm, $p=.01$), en la frecuencia respiratoria (16.29 a 12.93rpm, $p= .001$) y en la tensión arterial sistólica (127.21 a 117.21, $p=.01$), de igual forma se encontraron cambios emocionales y conductuales en los participantes.

Finalmente, cabe mencionar el estudio realizado por Trallero y Oller (2008), con musicoterapia creativa para reducir la ansiedad, angustia y el estrés en pacientes con cáncer; en un grupo de seis mujeres diagnosticadas con esta patología entre los 35 a 60 años, se hicieron 13 sesiones de musicoterapia activa y creativa, una vez a la semana, facilitando el trabajo con la voz (canto) y la improvisación, los resultados encontraron una disminución en la ansiedad (estado y rasgo) en cinco participantes, donde se facilitó la expresión emocional, la relajación, identificación de los pensamientos negativos y la disminución de la preocupación excesiva por el futuro.

Por otra parte, ya conociendo los efectos positivos de la musicoterapia en pacientes, también se ha encontrado beneficios en los cuidadores, tal como se refleja a continuación.

1.1.3 Intervenciones a cuidadores desde la Musicoterapia

El estudio realizado por Cabral, Delgadillo, Flores y Sánchez (2014) para evaluar la eficacia de la musicoterapia en el manejo de la ansiedad, durante la hospitalización del paciente pediátrico oncológico y su cuidador, realizado a través de una única sesión con 112 participantes pediátricos y 128 cuidadores, donde se utilizó como medición pre y post de la Escala de Ansiedad Manifiesta en los niños y la Escala Hamilton en los adultos, se encontró en los resultados que no hubo cambios significativos en los niños (paciente), sin embargo, si hubo cambios importantes en 12 de 13 dimensiones de la escala evaluada en los cuidadores.

Seguido a lo anterior, se encuentra el estudio realizado por Serra, Vicente, Molero, Valls y Balleespí, (2016) en España, cuyos objetivos eran valorar la satisfacción de cuidadores y conocer

los beneficios obtenidos con una intervención musicoterapéutica, del programa implantado en la Unidad de Cuidado Paliativo de la Comunidad de Madrid, usualmente los cuidadores eran mujeres, con una edad promedio de 55 años, en las intervenciones realizaron actividades como cantar (47%) e improvisar (46%). Al finalizar realizaron una encuesta de satisfacción, donde todos los resultados finales arrojaron beneficios como apoyo emocional, la verbalización de la enfermedad, participación activa en familia, relajación, bienestar, facilitación de la comunicación, mejoría en el estado anímico y mayor conexión espiritual.

Tal como se evidencia, la musicoterapia brinda herramientas para manejar la ansiedad, el estado de ánimo y las relaciones sociales en pacientes y cuidadores, para la presente investigación se trabaja con cuidadores de pacientes con Alzheimer, que tal como mostrado en su mayoría muestran sentimientos de culpa, duda, angustia, irritabilidad, tristeza, frustración, impotencia, aislamiento, así como algunos síntomas asociados a ansiedad y poca red de apoyo, claro está, que esto varía dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona bajo cuidado, del apoyo y las estrategias de afrontamiento con las que cuente el cuidador (Mercadal y Martí, 2008). Por tanto se observa la necesidad de abordar esta problemática desde la musicoterapia y conocer los beneficios que puede brindar a esta población.

1.2 Justificación

La Enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en adultos mayores, presentándose en un 50% y 60% de la población, con una estimación mundial de 22 millones de personas y con tendencia a duplicarse en las próximas décadas (Eisendrath y Lichtmacher 2006). En América Latina, la Enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia, mostrando el 49% en Maracaibo (Venezuela) y Concepción el 84.5% (Chile), con relación a Colombia, se encontró que entre 1995 y 1996 se examinó una muestra de 8.910 personas, donde evidenció una prevalencia

de 1,8% y 3,4% en adultos mayores de 65 y 75 años respectivamente, sin especificar el tipo de demencia, a su vez, se determinó que la tercera parte de los participantes (20.25%) con Enfermedad de Alzheimer tenían de 4 o 5 años de escolaridad (Ruíz, Nariño y Muñoz, 2010).

Cifras un poco más recientes, entre el 2003 y 2005, en un estudio realizado por Gooding, Amaya, Parra y Rios (2006) en Neiva (Colombia), encontraron en una muestra de 643 personas, que 219 (34%) tenían algún grado de deterioro cognitivo, con demencia probable del 23.6%, sobre este porcentaje, el 40% mostraba algún tipo de demencia mezclada con una enfermedad vascular y otros tipos no especificados.

Cifras actuales, demuestran que en Colombia, las demencias tienen una prevalencia de 1.8% a 3.4% en población de 65 a 75 años, sin especificar el tipo de demencia (Roselli, et al., 2000; Pradilla, et al., 2002); cifras equivalentes se encontraron al indagar en otras fuentes, como EPINEURO, donde se muestra la prevalencia de demencia en un 1.3% de la población en edad mayor de 50 años, con un incremento notable de la cifra en personas mayores de 70 años, llegando a un 3.04%; del mismo modo, se identificó las regiones de Colombia con mayor prevalencia de esta patología, entre las cuales se encuentra la suroccidental con un 2.2% y la oriental con 1.9% (Pradilla, Vesga, León Y Geneco, 2003).

En Bogotá, al revisar el estudio realizado por Ruíz, et al., (2009) en una muestra de 2.018 pacientes con algún tipo de demencia en los últimos 13 años, se encontró que el 49.56% de ellos, tenían un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, en su mayoría eran hombres con una edad promedio 71 años aproximadamente.

Lo anteriormente expuesto, brinda un panorama respecto a las cifras de los cuidadores implicados en la atención de pacientes con este tipo de condiciones, donde el cuidado de éste, depende de la etapa y severidad de los síntomas en la patología. Cabe mencionar, que se proyecta que para el 2020 y 2040 la prevalencia en personas mayores de 60 años con Enfermedad de

Alzheimer será de 4.1 y 9.1% en Latinoamérica, especialmente en países en vías de desarrollo, lo que refleja un gran aumento (Ferrari, et al., 2005).

Sobre este tema, es sabido que los cuidadores pueden llegar a tener una sobrecarga como consecuencia negativa en su rol, es decir actitudes y reacciones emocionales inadecuadas que surgen durante la experiencia de cuidar, en su mayoría está sobrecarga es atribuida a cuidadores de adultos mayores, pacientes con demencias y personas con enfermedades neuropsiquiátricas (Alfaro, et al., 2008).

Dentro de este marco, centrándonos en cuidadores de personas con Enfermedad de Alzheimer, se ha evidenciado alto riesgo de desarrollar alteraciones físicas como lesiones musculoesqueléticas, cefaleas, zonas de tensión muscular; alteraciones emocionales como sentimientos de culpa, rabia, frustración, soledad; alteraciones psicológicas como desarrollo de estrés, ansiedad, depresión y dificultades a nivel social como problemáticas en las relaciones familiares, falta de tiempo de ocio, una pobre red de apoyo, abandono y aislamiento (Badia, Lara y Roset, 2004; Carretero, Pérez, Sánchez y Balbás, 2011).

En consecuencia a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) expone que en Colombia se han creado diferentes estrategias para ayudar a cuidadores y pacientes con patología de demencia, como:

- Incremento de los contenidos en salud mental en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (antes, POS).
- Ampliación y actualización de los estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud mental, por medio de las resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014.
- Desarrollo de la resolución 518 de 2015, que incluye las tecnologías en salud a desarrollar por las entidades territoriales del país.

- La creación de la “Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad” en Salud Mental, para que la población disponga de actividades de educación en salud y apoyo psicosocial y el uso como tecnología en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Diseño y validación de la “Estrategia de Comunicación para la Resolución del Estigma en Salud Mental”, para modificar los imaginarios y representaciones sociales que pueden generar exclusión social de las personas con problemas mentales, sus familiares y cuidadores.
- Desarrollo de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental y la Política Pública de envejecimiento activo y vejez (ley 1251 de 2008).
- La adopción de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neuro-cognoscitivo mayor (Demencia), este documento se encuentra cerca de publicarse (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por otra parte, instituciones privadas han desarrollado propuestas para los cuidadores de personas con Alzheimer, como el programa de la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, llamado “*Aprendiendo a cuidarnos*”, que consiste en la sensibilización a los cuidadores en hogares geriátricos, resaltando la importancia del autocuidado, como una práctica beneficiosa para la salud, tanto para el cuidador y como para los adultos mayores bajo cuidado (FAFAC, 2018). De igual manera, la Universidad de Antioquia y su Grupo de Neurociencias, ofrece a los pacientes, familiares y cuidadores de personas con enfermedades neurodegenerativas, progresivas e incurables, proyectos de investigación, programas educativos y de apoyo social, donde han desarrollado programas como “No me olvides” (2000), programa de iniciativa para la Prevención del Alzheimer “API COLOMBIA” 2013 (Universidad de Antioquia, 2018).

Del mismo modo, la Universidad Javeriana, por medio del programa Intellectus, en el 2014, desarrollaron un proyecto social llamado “Apoyo a cuidadores de personas con Alzheimer”, que

buscaba formar a profesionales de la salud y a cuidadores de pacientes con esta patología, por medio de material pedagógico actualizado acorde a las necesidades de la población (Intellectus, 2014).

Dentro de este mismo marco, diferentes disciplinas se han encargado de abordar estas problemáticas en cuidadores, entre las cuales se encuentran las terapias psicológicas basadas en un enfoque cognitivo-conductual, que buscan dar bienestar a esta población a través de la psicoeducación, los grupos de apoyo, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, manejo de ansiedad, estrés, entre otras. Así mismo, la musicoterapia ha mostrado efectos positivos en el manejo de las problemáticas mencionadas en los cuidadores como es el manejo de ansiedad, la reducción de los síntomas asociados a la depresión, el manejo del estrés y el mejoramiento de las relaciones sociales (Buenaño, 2010; Cabral, et al., 2014; Serra, et al., 2016; Nieto-Romero, 2017).

Sin embargo, en la literatura son pocos los estudios que se encuentran centrados solamente en el cuidado al cuidador, razón por la cual, es de interés realizar esta investigación, brindando un aporte para conocer el efecto que tiene la musicoterapia en esta población; donde los participantes puedan crear estrategias de afrontamiento activas, que ayuden a responder a las situaciones de la vida diaria, además generar mayor autoconocimiento que permita que los cuidadores reconozcan sus cualidades y sus límites, y finalmente puedan identificar y manejar sus propias emociones, donde logren entender las formas de autocontrolarse y poder responder a las necesidades del paciente o la persona a su cuidado, por tanto con lo anterior, se espera disminuir o evitar la sobrecarga emocional y física que conlleva el cuidado, así mismo mejorar su bienestar y el de la persona dependiente. De esta manera, la musicoterapia pueda convertirse en una estrategia de prevención o por su parte, ser un tratamiento eficaz para cuidadores, promoviendo la salud mental, donde se pueda trabajar junto a otras disciplinas en pro de la población.

1.3 Planteamiento del Problema

Como se ha podido observar, la enfermedad de Alzheimer afecta a una alta cifra de personas con Colombia, lo que permite dar una aproximación a la cantidad de cuidadores que posiblemente están activos en este momento, esta cifra puede ser mayor, ya que varias personas pueden compartir la responsabilidad en el cuidado de un familiar (Ruíz, Nariño y Muñoz, 2010).

Es pertinente mencionar, que en nuestro país se han desarrollado diferentes estrategias en entidades públicas y privadas para generar bienestar a pacientes y cuidadores con esta patología, donde se realizan intervenciones desde la psicología y otras disciplinas para trabajar la sobrecarga física, la ansiedad y la depresión, sin embargo en Bogotá hace falta mayor orientación para los cuidadores, ya que se realizan charlas de corta duración y los costos de cuidadores calificados excede el presupuesto de las familias, por tanto en algunas ocasiones recurren a cuidadores informales para mitigar la carga económica.

Teniendo en cuenta esta necesidad, las cifras expuestas en el apartado anterior, las problemáticas evidenciadas en los cuidadores y el aumento de la enfermedad de Alzheimer en nuestro país, se crea la necesidad de realizar esta investigación, reconociendo los diferentes beneficios que tiene la musicoterapia como medio para mitigar la sobrecarga física y emocional en cuidadores de pacientes con Alzheimer, llevada a cabo en una fundación ubicada en la ciudad de Bogotá, teniendo como base un enfoque cognitivo conductual.

1.3.1 Pregunta de investigación.

¿De qué manera una intervención musicoterapéutica puede reducir la sobrecarga física y emocional en cuidadores de personas con Alzheimer, que asisten a la Fundación Alzheimer?

1.3.2. Preguntas subordinadas

- ¿Cómo puede la musicoterapia aportar al autoconocimiento en cuidadores de personas con Alzheimer?
- ¿De qué forma la musicoterapia facilita el reconocimiento, aceptación y manejo de las emociones en los cuidadores de personas con Alzheimer?
- ¿Cómo la musicoterapia puede favorecer las estrategias de afrontamiento en cuidadores de personas con Alzheimer?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Describir el efecto que tiene la musicoterapia en la reducción de sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores de la Fundación Alzheimer en Bogotá, a través de los diferentes métodos musicoterapéuticos con el fin de generar bienestar en el cuidador.

1.4.2 Objetivos específicos de investigación.

- Caracterizar la muestra a través de diferentes instrumentos de investigación con el fin de verificar los cambios al final del proceso.
- Diseñar una intervención musicoterapéutica en un grupo de cuidadores de personas con Alzheimer, que contribuya a la reducción de sobrecarga física y emocional.
- Analizar las producciones sonoras, las pruebas pre y post, las variables y las encuestas finales a través de un proceso de triangulación con el fin de conocer los avances de la investigación con relación a la reducción de la sobrecarga en cuidadores.

1.4.3 Objetivos específicos musicoterapéuticos

- Favorecer procesos de autoconocimiento en los cuidadores de personas con Alzheimer a través de actividades musicoterapéuticas con el fin de que ellos puedan identificar fortalezas y motivaciones propias.
- Facilitar el reconocimiento, expresión y aceptación emocional en cuidadores de personas con Alzheimer gracias a los métodos musicoterapéuticos con el fin llegar a un manejo adecuado de las emociones.
- Promover estrategias de afrontamiento activas en cuidadores de personas con Alzheimer por medio de una intervención musicoterapéutica con el fin de afrontar situaciones de la vida diaria, especialmente las relacionadas con el cuidado.

1.5 Hipótesis

Es posible disminuir la sobrecarga física y emocional de cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, por medio de los métodos musicoterapéuticos al trabajar el autoconocimiento, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

2. Marco teórico

2.1 Enfoque cognitivo conductual

La presente investigación está basada en un enfoque cognitivo conductual, que según Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) está definida como una forma de entender la psicología, a través de principios y procesos validados empíricamente, la cual tiene una aplicación clínica, en otras palabras es una actividad terapéutica de carácter psicológico y científico, basada inicialmente en la teoría del aprendizaje.

Este enfoque surge del conductismo y el cognitivismo. La escuela conductista, estaba influenciada por el positivismo lógico del Círculo de Viena, donde argumentaban y defendían la necesidad de traducir el conocimiento del mundo a observaciones físicas, siendo cualquier otra cosa, pura especulación. Además el conocimiento debía fundamentarse y verificarse a través de la observación. Ya como Terapia de la Conducta (TC), aparece a mediados de los años cincuenta, como alternativa a las terapias de la época (Psicoanálisis), partiendo de la idea, de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante el aprendizaje, centrándose en la conducta observable y el ambiente en que se produce; formándose con una metodología experimental, propia de la investigación científica (Ruíz, et al. 2012).

Por su parte, las terapias basadas en el enfoque cognitivo conductual, son ampliamente utilizadas en ámbitos de la salud, ya que trabaja con respuestas físicas, emocionales cognitivas y conductuales de un ser humano. Estas respuestas en algunas ocasiones son desadaptadas de carácter aprendido, que se han practicado en el tiempo, convirtiéndose en hábitos comportamentales de una persona, este es el principal punto de atención de la terapia, ya que considera que la persona tiene responsabilidad sobre los procesos que lo afectan y puede controlarlos (Plaud, 2001).

El objetivo del tratamiento a partir de este enfoque, es la modificación de la conducta y los procesos subyacentes en los niveles cognitivo, fisiológico y emocional, donde estas pueden ser susceptibles de medición y evaluación, además conocer aspectos encubiertos y manifiestos de la problemática, teniendo en cuenta que la conducta es aprendida, fruto de factores que operan sobre la vida de la persona, se busca enseñar conductas adaptadas cuando estas no se dan (Ruíz, et al., 2012).

Según Rachman (1997) y O'Donohue (1998) inicialmente, el enfoque estaba dado solo a la modificación de la conducta a partir de los estímulos y la experiencia, posteriormente, se crearon otras formas de terapia, las cuales se llamaron terapias de segunda y tercera generación, donde se incluye las emociones y los pensamientos, las cuales se trataran en los siguientes apartados.

2.1.1 Terapias de Segunda Generación.

Este tipo de terapias se basa en aportes teóricos de la psicología (experimental, cognitiva y social), entre las que se encuentran:

- a) Terapia Racional Emotiva, desarrollada en 1955, centrada principalmente en las creencias irracionales. Consigue objetivamente modificar núcleos cognitivos disfuncionales subyacentes de la perturbación psicológica. Ellis afirma que la idea de las perturbaciones emocionales no son provocadas por las situaciones ambientales en sí mismas, sino por la interpretación que hace el paciente de ellas. El esquema básico se divide así: A. Evento de activación significativo. B. Sistema de creencias C. Consecuencia emocional con carga (Generada por B, no por A.) D. Debate Racional y Conductual.
- b) Terapia Cognitiva de Aaron Beck, la cual está centrada en pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, se basa en la relación entre los pensamientos, las emociones y los sentimientos que la persona tiene (Engler, 1999).

Dentro de estas terapias se utilizan técnicas como:

- Técnicas de reestructuración cognitiva: se centran en la identificación y cambio de cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados, auto-verbalizaciones negativas) que determinan o mantienen el problema. Esta técnica se enfoca en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan a la persona a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que aparecen en el procesamiento de la información.
- Técnicas de manejo de situaciones: Enseñan habilidades para que un individuo pueda afrontar adecuadamente diversas situaciones problemáticas (estrés, dolor), por medio del entrenamiento en inoculación de estrés y las técnicas de manejo de ansiedad.
- Técnica de solución de problemas: corrigen el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolverlos; en este grupo se encuentra: la terapia de solución de problemas (D’Zurilla y Golfried, 1971), luego llamada terapia de solución de problemas sociales (D’Zurilla y Nezu, 1982) y la ciencia personal de Mahoney (1974).

2.1.2 Terapias de Tercera Generación.

Las terapias de tercera generación, relaciona la investigación básica y la aplicación clínica, retomando la exposición, la desensibilización sistemática, técnicas operantes y el biofeedback; cuenta con orientaciones de las nuevas terapias contextuales, como la psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, el uso de técnicas como el mindfulness, conciencia plena (Segal, Williams y Tesdale, 2002), teniendo en cuenta las circunstancias socioeconómicas y las necesidades sociales que surjan, se basan en el contexto y en el diálogo

para lograr la modificación de la conducta a través de la aceptación del problema por parte del paciente y el terapeuta.

En cuanto al objetivo, tiene que ver con cambiar el modo de percibir el problema, por parte del paciente, ayudándolo a observar y replantear la relación entre los comportamientos, su funcionalidad y la propia vinculación con su funcionamiento habitual, ayudando a modificarlos desde la aceptación. El tratamiento es visto como una reorientación vital, que genera cambios significativos y permanentes, teniendo en cuenta, que se comprende que la persona es quien se encuentra en una circunstancia o situación problemática, en tanto, no existe un déficit en el individuo que sea la causa de su trastorno, sino que son problemas derivados de la interacción con el contexto actual, según su contexto histórico (Ruíz, et al., 2012).

Dentro de esta perspectiva, estas terapias se basan en los principios de aceptación y activación. El primero se encarga de aceptar los síntomas de malestar, como algo normal de la experiencia, el segundo, tiene que ver con la atención y los recursos de la persona, los cuales dirigen a promover un cambio conductual hacia el logro de objetivos significativos en la vida, donde su eficacia se mide, por la cantidad de logros alcanzados (Ruíz, et al., 2012).

Siguiendo esta misma línea, para Hayes et al. (1999), Luciano, (2001), Pérez, (2001), Wilson y Luciano, 2002) las terapias de tercera generación tienen las siguientes características:

- Las variables de interés de éstas terapias, están relacionadas con la aceptación, los valores (que guían la activación conductual), la atención al self, el contacto con el presente, la espiritualidad y la importancia a la relación terapeuta-cliente
- Se considera que la conducta de un individuo no se puede explicar por completo, si no se tiene en cuenta el contexto.

- El tratamiento debe tener en cuenta las variables que hacen de la conducta algo útil para el paciente, lo cual facilite la generalización del tratamiento a su vida cotidiana.
- Se tiene en cuenta la influencia moduladora del lenguaje, tanto de lo que otra persona diga del comportamiento y como lo que recibe, esto cambia la forma de ver los comportamientos realizados.
- Se ve la relación terapéutica como un instrumento de cambio, al producir una interacción comunicativa y social que puede modificar la conducta de forma directa o indirecta.
- Se trabaja en aspectos profundos de la persona, ya que se actúa sobre la subjetividad y la percepción, para incidir sobre las metas vitales, autopercepción, sentimientos o emociones provocadas por las situaciones problema como por otras circunstancias vitales que pueden detonar un trastorno.

Algunas terapias de tercera generación se presentan a continuación.

a) Terapia de aceptación y compromiso:

Fue desarrollada por Hayes, et al., (1999), se define como una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva, que se basa en la teoría de los márgenes relacionales, la teoría del lenguaje y de la cognición humana, dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas, sujetas a las leyes de cualquier comportamiento. Esta terapia tiene dos conceptos básicos: (1) El concepto de evitación experiencial que da cuenta del mantenimiento de los trastornos, entendido como un patrón conductual inflexible, que lo regula de forma verbal y que es ineficaz, que busca evitar el sufrimiento a toda costa, tratando de controlar las sensaciones, sentimientos y circunstancias que los detonan (cultura de sentirse bien permanentemente). (2) Valores personales, que guían la actuación para llegar a la realización

personal, son las directrices que se establecieron vía verbal, que se relacionan con lo que es importante para la persona, lo que es primordial para sentir una vida plena y satisfactoria

Dentro de este orden de ideas, las premisas de esta teoría refieren que el problema del cliente no son los pensamientos o sentimientos negativos, sino la forma de reaccionar a ellos, ya que son comportamientos que dependen del contexto actual y el histórico, que son normales (reacciones formados a lo largo de la historia personal) y tener una actitud de evitación experiencial es destructiva (Wilson, Luciano. 2002).

Por tanto, el papel del terapeuta consiste en acompañar, ayudar y cuidar al paciente en su camino personal, a la realización de su vida. Tiene un procedimiento que parte de la formulación del caso con análisis funcional, determinando los valores del paciente, su compromiso con ellos, fijar los objetivos terapéuticos específicos, para lograr flexibilidad psicológica (habilidad para contactar plenamente con el momento presente como un ser humano consciente para cambiar o persistir en lo que está haciendo) en situaciones donde la evitación experiencial prevalece y no permite a la persona vivir con plenitud (Hayes, 2004).

Para Hayes (2004), la Terapia de Aceptación de Compromiso aborda los siguientes procesos centrales:

- Desesperanza creativa: ayudar al paciente a tomar conciencia de la inutilidad de sus intentos de solución de sus problemas, para hacer insight para que reconozca que las cosas que hace no lo ayudan a resolver la situación, sino que son parte del problema; por lo tanto, debe considerar otras alternativas, se posibilita que el paciente genere creativamente otras alternativas más benéficas para una vida gratificante, esto, se hace mediante el uso de metáforas.

- Orientación hacia valores: Se facilita al paciente las condiciones para que pueda aclarar sus metas en la vida, en términos de valores, por medio del sentir-pensar-actuar donde pueda identificar que le es valioso y la dirección o camino que considere adecuados para llegar a ello.
- Abordar que el control es el problema: Se demuestra al paciente que el intento de control es el problema y se ayuda a verlo por sí mismo, que es algo inútil, pese a que se vean lógicas, pero pueden empeorar el problema, por lo que se propone estar abierto a experiencias privadas y a experimentarlas (exposición in vivo a las mismas)
- Aceptación: Consiste en abrirse a la experiencia de pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin hacer nada para que desaparezcan, de esta manera se expone al estímulo temido, para aceptarla (García, 2006), supone abrirse al sufrimiento en la persecución de los valores y objetivos que se puedan activar en presencia del estímulo temido, donde se requiere la toma de conciencia y abrazar las experiencias privadas tal como son.
- Defusión cognitiva: Proceso de hacer un cambio en el uso del lenguaje y las cogniciones para hacer evidente el proceso de pensamiento (Luoma y Hayes, 2003).
- El yo como contexto: Trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, diferenciándolo de las emociones, pensamientos o recuerdos, para que el paciente pierda las ataduras a los contenidos verbales y busquen un sentido de identidad que llegue a lo literal, para disolver círculos viciosos.
- La acción comprometida: Consiste en definir metas en áreas definidas con aceptación, pese a los obstáculos del camino; donde el paciente se compromete con el cambio de su

conducta, valorando las conclusiones y decisiones que define al final de la terapia y que quiere adoptar para sí mismo.

Resumiendo, ayuda al paciente a poder auto-descubrir los valores fundamentales del paciente y guiarlo para aceptar el dolor de la búsqueda de una vida feliz, enfocado en los valores, todo se da por medio de la auto-aceptación, identificando los pensamientos y creencias que los provocan y centrarse en lo actual, guiando al paciente a que se involucre y se comprometa a seguir sus valores independientes de lo que la sociedad dicte (Hayes, 2004).

b) Mindfulness:

Es una terapia desarrollada por Segal, Teasdale y Williams (2001; 2004) y hace referencia a la atención o conciencia plena, asociado a una antigua práctica budista de meditación y la experiencia derivada de ella, buscando examinar quienes somos, cuestionar la visión del mundo, cultivar la capacidad de apreciar cada momento de la vida. Se caracteriza por tener una perspectiva más experiencial, enfocada en cambiar la relación con la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones), por medio de la aceptación en lugar de eliminarla, gracias a una estrategia de meditación que pretende la conexión con el aquí y el ahora, para ser consciente de lo que se hace, se siente, piensa en el presente (Kabat-Zinn, 1994).

Por su parte, el objetivo es cambiar las relaciones que las personas establecen con los pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas que activan y mantienen los estados de trastorno mental; ya que viene de técnicas de meditación orientales, Vipassana y meditación Zen del budismo (Thera, 1992; Kabat-Zinn, 2003).

Ahora bien, el mindfulness requiere la implicación en una serie de conductas que llevan a cambios cognitivos y actitudinales importantes en la forma de relacionarse con los eventos

internos y el contexto externo, donde Bishop (2002), propone un modelo con los siguientes componentes:

- Autorregulación de la atención: consiste en mantener la atención en la experiencia inmediata, sin buscar su control, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, que busca autoregulación de la atención, para ampliar sus límites (Schnneider y Shiffrin, 1997), para facilitar el acceso a la información con una perspectiva más amplia de la experiencia, se requiere de: (1) atención sostenida, es decir la capacidad de mantener un estado de vigilancia en períodos largos de tiempo. (2) Cambio atencional, como llevar la atención a la respiración cuando se reconocen los pensamientos, sentimientos o sensaciones, donde hay flexibilidad en la atención para que se pueda dirigir de un objeto atencional (pensamiento, sentimiento, etc) a otro (respiración). (3) No elaborar pensamientos, sentimientos y sensaciones a medida que surjan, ya que al ser objetos de la atención no captan totalmente la atención y una vez se reconocen, se dirige la atención a la respiración y se evita la elaboración de ellos, no es eliminarlos. (4) Orientación hacia la experiencia: inicia con el compromiso de mantener una actitud de curiosidad, abriendo la mente a la detección de cada pensamiento, sentimiento y sensación que surjan, permitiéndolos de forma que se reduzca las estrategias para evitarlos, es decir, se acerca a la experiencia con aceptación y curiosidad.

Por su parte, Germer (2005), destaca ocho elementos claves implicados en el momento de realizar la terapia de mindfulness:

- No-conceptual: no elaborar pensamientos, sino tomar conciencia de ellos.
- Centrado en el presente: Permanecer en la presencia del momento.
- No condenatorio: sin juicios de valor negativos sobre lo que acontece.

- Intencional: poner atención en un objeto atencional y volver a él cuando hay distracciones.
- Observación participante: observar lo que ocurre implicándose plenamente en ello sin distanciarse como si fuera ajeno a la experiencia.
- No-verbal: el referente es emocional y sensorial
- Exploratorio: abierto a la experiencia y a lo que conlleve
- Liberador: libera los hábitos de malestar por los juicios de valor negativos

En síntesis, la terapia cognitivo conductual, enfatiza en la necesidad de no renunciar a la consideración de los procesos mentales inobservables (mundo mental), del mismo modo, incide sobre la conducta y los pensamientos de la persona (esquemas cognitivos y categorías conceptuales) con los que se interpreta la realidad; abordando, también, creencias poco adaptativas. Se resalta la idea de que las emociones y estilos de conducta no dependen solo de estímulos físicos del entorno, sino también de pensamientos que moldean la forma de percibir los estímulos y procesos mentales propios (Royal College of Psychiatrists. 2009). Donde se ayuda al paciente reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles (pensamientos disfuncionales), para esto, se entrena a la persona a reflexionar sobre su forma de pensar y a identificar los puntos conflictivos, desarrollando su capacidad de cuestionarse y detectar pensamientos atípicos que causan problemas, por medio del diálogo socrático, por tanto, el terapeuta no guía el proceso, le plantea preguntas y remarca aseveraciones que el paciente ha hecho para que él profundice en su pensamiento (Almendro, 2012).

Teniendo claro lo anteriormente mencionado, como se ha podido observar, este enfoque se basa en un mirada global del ser humano, abordándolo desde los pensamientos, la conducta y las emociones, entendiendo la relación que existe entre éstas, por ende el autoconocimiento, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, son utilizadas adecuadamente a través de

las terapias de segunda y tercera generación, evidenciando que es posible que una persona pueda controlar sus propias emociones y pensamientos, bien sea debatiendo, reconociéndolos y/o creando estrategias que le permitan mejorar su conducta y responder las situaciones de su vida. Ahora bien, es importante conocer la etapa de desarrollo en la cual se encuentra la población de estudio.

2.2 Etapa de desarrollo Edad Adulta

El ser humano a lo largo de la vida presenta diferentes cambios en pensamiento y conducta, esto gracias a los aprendizajes obtenidos y las experiencias vividas. Durante la etapa de la edad adulta ocurren cambios relacionados con la jubilación; relacionado con el descenso de los recursos económicos, hay mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y su ciclo vital es posible que deban asumir nuevos roles como ser abuelos, tener pérdidas familiares o sentir mayor cercanía de la muerte, claro está, depende de cada ser humano la forma de asumir los retos de su vida (Mayer y Baltes, 1996). Además es pertinente destacar, que según Lehr (2003) la presencia o no de enfermedades crónicas define si hay un proceso de envejecimiento normal (sin enfermedades) y/o patológico (con presencia de enfermedades crónicas), del mismo modo, depende del contexto histórico-social, la personalidad, las pérdidas de personas cercanas y metas individuales.

Por otra parte, Levinson (1986) identifica cuatro etapas de la adultez: la adultez temprana (17 a 45 años), la intermedia (40 a 65 años), la tardía (de los 60 años en adelante) y la ancianidad (de los 80 años en adelante), aclarando, que el paso de uno al otro, se hace por medio de transiciones.

Ahora bien, Peck (1968) establece cuatro etapas para la adultez y tres para la senectud, donde propone cuatro problemas o conflictos del desarrollo del adulto, como:

- Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física: con el deterioro físico, baja la resistencia y la salud, por lo tanto, se debe canalizar la energía de las actividades físicas a las mentales.
- Socialización frente a la sexualización en las relaciones humanas: los cambios físicos modifican las relaciones con miembros de ambos sexos, priorizando la relaciones sociales sobre la intimidad sexual.
- Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo: la flexibilidad emotiva se da por separaciones familiares, distanciamiento de los amigos, cambio de los intereses, entre otros.
- Flexibilidad frente a la rigidez mental: lucha contra el obstinarse en hábitos o desconfiar en nuevas ideas, evitar el dominio de experiencias y juicios previos.

De igual forma, este mismo autor, también muestra tres tareas principales para el envejecimiento:

- Transcendencia corporal frente a la preocupación por el cuerpo: debe tener en cuenta el riesgo de enfermar en esa etapa y la disminución del rendimiento físico, por lo tanto, debe “transcender” esos problemas, centrando sus metas en el rendimiento mental y espiritual, así como en las relaciones sociales.
- Diferenciación del ego frente a la preocupación por el trabajo: la jubilación, marca un hito importante en la vida de la persona, ya que abandona su trabajo y debe valorarse a sí misma, por medio de otras actividades (relacionadas o no) a su vida laboral previa y los aspectos positivos de su ser.
- Transcendencia del ego frente a la preocupación por el ego: el temor a la propia muerte debe superarse, por medio del reconocimiento de los aportes a nivel familiar, material o cultural.

En cuanto a su parte física, Fozard y Gordon-Salant (2001) encuentran que las capacidades visuales y auditivas disminuyen durante la edad adulta, a partir de los 40 años, especialmente cambios en la capacidad de detectar sonidos de alta frecuencia, así como en la agudeza visual para los contrastes (6% de la reducción anual, desde los 65 años), también se afecta la adaptación a la oscuridad, la percepción de colores y en la capacidad de acomodación ocular, ya que el cristalino tiene mayor espesor, lo que altera la plasticidad y la capacidad de acomodarse, en especial con objetos muy lejanos o cercanos, a su vez, la pupila disminuye su tamaño (miosis), con una respuesta más lenta a los cambios de la luz; por la edad, se incrementa el riesgo de desarrollar cataratas, glaucoma y degeneración macular (Izquierdo, 2007). A nivel motor, los movimientos son más lentos; en un 25%, en personas mayores de 65 años, del mismo modo, el equilibrio se altera, en consecuencia, se obtiene mayor riesgo de caída (por menor información propioceptiva) y también asociado a menor fuerza muscular (Schaie, 1996; Ketcham y Stelmach, 2001).

Además la apariencia física se modifica, se observa la presencia de canas, calvicie, arrugas, acumulación de tejido graso en ciertas zonas, con presencia de la menopausia (mujer) y andropausia (hombre). Con relación a su nivel cognitivo, la sabiduría y la inteligencia práctica, son muy estables en la vida adulta y con mejor desarrollo que en otras etapas, por su parte la memoria de trabajo (recordar y elaborar simultáneamente la información) puede tener una reducción, sin embargo puede permanecer intacta la memoria autobiográfica (Kliegel y Martin, 2003).

A nivel psicosocial, hay una fase de introversión por el proceso de determinación, ya que se dedica tiempo al autoconocimiento, se vuelven más auténticos, con una visión más clara y realista de la vida, con menos curiosidad por aprender cosas nuevas y si lo hacen, es libre y voluntario, como una motivación extrínseca de solucionar problemas o necesidades concretas,

adaptación profesional, promocionarse en el trabajo, ayudar a los hijos en el estudio; o unas intrínsecas como la satisfacción personal, aumentar el autoestima, salir de la rutina, mayor seguridad personal y familiar, adaptarse a los cambios sociales (Cervantes, 2018).

Lo anteriormente mencionado, brinda un contexto respecto a las características de las personas adultas y los cambios que enfrentan, teniendo en cuenta que personas entre edades de 50 a 68 años, es uno de los rangos más frecuentes en los que se encuentran los cuidadores de personas con algún tipo de condición de salud. Ahora bien es importante mencionar las características de los cuidadores, los cuales se explican en el siguiente apartado.

2.3. Cuidadores

Para desarrollar una idea general respecto a la importancia que tiene el término cuidador, es pertinente conocer la participación que éste tiene en el cuidado de otro; su incidencia en el bienestar, en los procesos de rehabilitación y básicamente sobre la vida de quien ofrece el cuidado. Partiendo de ello, se ha encontrado que el término cuidador ha sido empleado de diversas formas, Knight, et al., (1993) dan este nombre a la persona que acompaña a quien requiere cuidado, por su parte Zabalegui, et al., (2008) refieren que el cuidador es la persona que llega a tomar decisiones sobre el cuidado del otro. Es importante aclarar, que usualmente el cuidador es un miembro de la familia, el cual es empleado como recurso o medio para brindar atenciones específicas a personas con algún tipo de enfermedad crónica, recayendo sobre él la responsabilidad sobre la vida de la persona (Alonso, et al., 2004).

Otros autores como Cruz y Ostiguín (2011) identifican en su revisión bibliográfica siete conceptos de cuidadores, que se van a abordar a continuación:

1. Cuidador: hace referencia a una persona que asiste a otra, que se encuentra afectada por una enfermedad o cualquier tipo de discapacidad, la cual le dificulta considerablemente el desarrollo normal de sus actividades diarias y sus relaciones sociales (Reyes, 2001).
2. Cuidador principal: es una persona cercana o un familiar comprometido que tiene la labor de brindar apoyo físico y emocional a otro que lo necesita (Venegas, 2006).
3. Cuidador informal: hace referencia a personas que no pertenecen a ninguna institución, sin embargo se encargan del cuidado a personas que no tienen autonomía suficiente y que viven en su domicilio (Celma, 2001).
4. Cuidador familiar: como su nombre lo indica son familiares que prestan sus servicios a otras personas que lo necesitan, ya sea por enfermedad crónica o alguna discapacidad, este cuidado se puede dar en hogares, instituciones o en hospitales (Maeyama, et al., 2007).
5. Cuidador primario: es una persona que se encarga principalmente de las necesidades físicas y emocionales de la persona que tienen a su cuidado, por lo general este rol lo toman familiares cercanos de la persona enferma, sin embargo también puede ser un profesional el encargado de estas labores (Barrón, 2009).
6. Cuidador primario informal: tiene relación con concepto anterior, sin embargo en este caso no se trata de un familiar sino de un miembro de la red social, este cuidador no recibe beneficio económico, tampoco una capacitación en el cuidado del paciente (Islas, 2006).
7. Cuidador principal familiar: es una familiar cercano al paciente, que se encarga de brindarle apoyo y tomar decisiones importantes de su cuidado (Izquierdo, 2003).

Como se puede observar en estas definiciones, mencionan que los cuidadores prestan asistencia, cuidado, apoyo, están atentos a las necesidades en diversos niveles, entre otras, a su

vez, aclaran el vínculo con la persona bajo su cuidado (como familiar o persona externa), es importante resaltar, que muchos de ellos no cuentan con capacitación en cuanto a las habilidades o los conocimientos adecuados para afrontar dicha responsabilidad, además estos términos anteriormente mencionados, también se relacionan con la disposición de recursos familiares (Davies, B et al., 1994; Alonso, et al., 2004).

Por otra parte, Ebersolone y Hess (1990, referido en Pinto, 2000) realizan una clasificación de los cuidados que ofrecen los cuidadores a las personas enfermas, las cuales están determinadas por la disponibilidad y la carga que recibe el cuidador, como:

- ✓ Cuidado anticipatorio: Comprende decisiones tomadas, teniendo en cuenta las necesidades futuras de la persona dependiente de cuidado, con un impacto importante sobre el quehacer del cuidador (ocurre desde la distancia).
- ✓ Protector: Ampara las consecuencias de eventos que no pueden ser previstos o de los síntomas asociados a la enfermedad de la persona (autoestima de la persona bajo cuidado, depresión, deterioro físico y mental).
- ✓ Preventivo: Cuidado que enlentece la progresión de la enfermedad (ambiente y asistencial).
- ✓ De supervisión: Cuidado activo, que incluye verificar los recursos, que las cosas se hagan en los tiempos estipulados e identificar las necesidades de la persona bajo cuidado (es de tipo administrativo).
- ✓ Instrumental: Cuidado diario a la persona (baño, aseo, alimentación, administrar medicamentos).

Ahora bien, según Cruz y Ostiguín (2011) reconocen que personas con enfermedades crónicas tienen cambios en su calidad de vida, por tanto requieren un cuidado más amplio, que puede llegar a involucrar a varios miembros de la familia; los cuales deben asumir o designar roles para

cuidado de la persona enferma, dichos cuidadores pueden detonar síntomas físicos, emocionales, sociales y económicos. Así mismo, existen diferentes formas de autocuidado que toman los cuidadores, las cuales se tratarán en el siguiente apartado.

2.4 Autocuidado

Según la Organización Mundial de la Salud, define el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y decisiones tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, que incluye la automedicación, tratamiento, respaldo social, en el contexto normal de la vida de la persona (OMS. 2008); por otro lado, Duque y Gómez (2014) definen el autocuidado como las acciones individuales que las personas incorporan para mejorar física, psicológica y espiritualmente su vida diaria. Otra definición, es aportada por Orem (1969, retomado por Naranjo, et al., 2017) donde hace referencia al autocuidado como una conducta que la persona toma hacia sí mismo, hacia otros o hacia su entorno que promueva beneficio a su salud y genera bienestar.

Una de las formas más conocidas de autocuidado son los hábitos saludables; como hacer ejercicio, tener una alimentación sana, tiempos adecuados de sueño y descanso, no consumir tabaco, ni bebidas alcohólicas, estar atentos a síntomas físicos y emocionales. Ahora bien, una de las formas más comunes de autocuidado en cuidadores es iniciar procesos terapéuticos que le ayuden a reconocer y comprender sentimientos y emociones asociadas al cuidado, para poder afrontar de una mejor manera las situaciones que se presenten (Carretero, 2011).

A continuación se mencionan aspectos importantes que hacen parte del autocuidado, los cuales son autoconocimiento, regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

2.4.1. Autoconocimiento.

El autoconocimiento es la capacidad que tiene el ser humano de responder a la pregunta ¿quién soy yo?, teniendo claro un conocimiento de sí mismo: como se identifica, se evalúa y se comprende (Shibutani, 1971). Además para Bandura (1969), el autoconocimiento tiene relación con la imagen que se va elaborando de sí mismo, por medio de la interacción con la familia y con pares, lo cual facilita el desarrollo y la identidad, diferenciándose de los demás.

Cabe mencionar, que el autoconocimiento está ligado al auto-concepto y la autoestima; el primero refiriéndose al concepto que tiene cada persona de sí mismo y el segundo a un sentimiento valorativo del propio ser, que puede ser alto o bajo. Cuando alguno de estos se encuentra alterado, puede generarse dificultades en torno a su autoimagen, como incomodidad con la apariencia, volverse excesivamente complaciente con los otros y expresar con dificultad los sentimientos (Alcaide, 2009; Alcántara, 1996).

Según Berndt y Burgy (1996), Branden, (1993) y Burns, (1990), el auto-conocimiento viene acompañado de cinco fases:

- Auto-atención: La actividad cognitiva comienza por a atención, que es la disposición para recibir y procesar estímulos (experiencia información o sensorial), en función de algo (objetivos, juicios, interés, etc).
- Auto-percepción: La propia percepción (corporal, auditiva, táctil), del comportamiento propio y el de los demás, a lo largo del tiempo.
- Memoria autobiográfica: memoria de la propia vida, la historia propia que conforma un compendio de hechos, acciones y experiencias propias, que puede verse alterado.
- Auto-concepto: es la forma de conocerse a sí mismo y al ser un proceso cognitivo lleva a representaciones mentales, esquemas, estructuras de conocimiento que tienen que ver con las experiencias adquiridas, que inciden sobre las vivencias actuales.

- Autodeterminación: decisiones tomadas por la propia persona, basado en los valores.

2.4.2 Regulación Emocional.

Según Gross (1999) la regulación emocional, desde un enfoque cognitivo-conductual, es definida como la capacidad que tiene el ser humano de influenciar y manejar sus propias emociones, desde su aparición hasta el modo en que son expresadas. De igual manera, para Thompson, (1994) dicha capacidad para modular la respuesta fisiológica detonada por las emociones, se da por medio de estrategias para ofrecer una respuesta acorde al contexto y el logro de metas.

Por ende, la regulación emocional requiere un manejo adecuado en la activación de las emociones, de forma, que logre permitir el desarrollo de las relaciones sociales, es decir, tener un control en el inicio, mantenimiento, cambio, intensidad y duración de las emociones y los procesos fisiológicos vinculados a ésta (Luna, 2010; Murphy et al 1999).

Siguiendo esta misma línea, Brenner y Salovey (1997) explican que este control se logra por medio del uso de estrategias que ajusten lo interno con lo externo; formando un equilibrio y destacan la función de la regulación emocional dentro de un contexto social, para ello, recurren a tres tipos de regulación:

1. Regulación de la emoción.
2. Regulación del contexto.
3. Regulación de la conducta iniciada por las emociones.

Ahora bien, haciendo una relación con el tema principal de cuidadores, cuando hay un poco control y manejo de las emociones en ellos, se puede desatar algunos inconvenientes como problemas de ira, dificultades en el control de impulsos y generar una sobrecarga física y emocional.

Esta última, la sobrecarga, entendida como una serie de consecuencias físicas, emocionales y económicos al proporcionar cuidado a una persona (Gaugler, Kane y Langlois, 2000); por otro lado, Zarit, et al., 1980) definen esta sobrecarga como un estado pasajero que afecta la salud física y mental del cuidador, que se da por estar al cuidado de una persona dependiente. Por su parte, George y Gwyther (1986) lo entienden como una dificultad que persiste debido a la responsabilidad de cuidar de otras personas con incapacidad o algún tipo de deterioro, especialmente se presentan en familiares.

Teniendo en cuenta esto, se observa múltiples definiciones de carga, sin tener un término homogéneo, sin embargo, para precisarlo un poco mejor, desarrollan los conceptos de carga subjetiva y objetiva (Villalba, 2002); donde la carga subjetiva (tensión), son las actitudes y reacciones emocionales de los cuidadores en las situaciones asociadas al cuidado, como la ansiedad, depresión, entre otras (Psychogeriatric Association, 2002; García, Mateo y Maroto, 2004); mientras de la carga objetiva, que se relaciona con la dedicación al desempeño del rol de cuidador (García, Mateo y Maroto, 2004); ya que se reconoce que la carga tiene un impacto multidimensional sobre el cuidador.

2.4.3 Estrategias de afrontamiento.

Según Lazarus y Folkman (1984, referido en Gutiérrez, 2009) un mecanismo que favorece el autocuidado, es el afrontamiento, el cual hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que sirven para manejar las demandas externas y/o internas, por tanto es la respuesta que genera el ser humano frente a un evento en particular, donde debe realizar una acción adecuada, teniendo en cuenta las capacidades propias.

Ahora bien, tomando las estrategias de afrontamiento a partir del cuidador, éstas se usan para reducir el impacto negativo producidos por los estresores sobre el bienestar psicológico, conocido

como “sobrecarga” del cuidador (Fernández y Díaz, 2001). Por tanto, las estrategias de afrontamiento facilitan la adaptación y el bienestar, permitiendo al cuidador adaptarse al deterioro del familiar o persona bajo su cuidado (Crespo y López, 2007; Bascuñán, et al., 2011).

A continuación se presenta una lista, según Carver (1997) de las estrategias de afrontamiento utilizadas en cuidadores:

- a) Afrontamiento activo: acciones directas para incrementar o reducir el estresor.
- b) Planificación: Pensar, idear y ejecutar como afrontar el estresor.
- c) Búsqueda de apoyo instrumental: solicitar ayuda o consejos a personas capacitadas.
- d) Búsqueda de apoyo emocional: solicitar apoyo de simpatía y comprensión.
- e) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos para no concentrarse en el estresor.
- f) Desahogo: Tendencia a expresar o descargar malestar emocional.
- g) Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar el estresor.
- h) Reinterpretación positiva: buscar el lado positivo del problema.
- i) Negación: negar la realidad del estresor.
- j) Aceptación: aceptar que el hecho estresante es real.
- k) Religión: Tendencia a volver hacia la religión en momentos estresantes.
- l) Uso de sustancia: Usar sustancias para sentirse bien o soportar el estresor.
- m) Humor: hacer bromas del estresor.
- n) Autoinculpación: criticarse y culpabilizarse.

Por otra parte, Brescané y Tomé (2014) refieren que las estrategias de afrontamiento están presentes en las situaciones de cuidado y median el proceso de ajuste de los cuidadores, teniendo en cuenta que éstas varían según cada persona, donde unos pueden avanzar en su proceso mientras que otros permanecen allí, hasta que la persona a su cuidado fallece.

Para Ferré-Grau, Rodero-Sánchez, CidBuera, Vives-Relats, Aparicio-Casals (2011) una de las primeras fases por las cuales pasa un cuidadores es la negación. La negación, hace referencia a una reacción de autoprotección, ya que en cierto modo permite el control de miedos y ansiedades asociados al cuidado, pero si llega a perdurar en el tiempo, afecta los avances en el proceso de cuidado. En esta fase, es importante que el cuidador sea objetivo respecto a las dificultades que presenta la persona bajo su cuidado, así como la discapacidad y el futuro deterioro del mismo (Ferré-Grau, et al., 2011), es posible que puedan aparecer sentimientos de ira, frustración, enfado, culpa y miedo, posteriormente el cuidador puede ir aceptando el impacto de la enfermedad sobre la salud de la persona bajo su cuidado y sobre su propia vida (Brescané, y Tomé, 2014).

Según Ferré-Grau, et al., (2011) es posible que los cuidadores requieran apoyo de un personal en salud para orientarlos respecto a las necesidades de la persona bajo cuidado como:

- ✓ Apoyo emocional al cuidador, brindar soporte respecto a la información de la enfermedad y formación respecto a procedimientos, para que el cuidador desarrolle habilidades de afrontamiento.
- ✓ Entrenamiento al cuidador para cubrir los aspectos del proceso de cuidado como baño, alimentación, medicamentos, cambios de posición, síntomas de alarma, progresión de la enfermedad.
- ✓ Conocer soporte formal e informal que se ofrece a los cuidadores.
- ✓ Identificar y corregir situaciones de riesgo.
- ✓ Sobre-envolvimiento entendido como formas de compensar la enfermedad y problemas asociados al mismo, sin pedir ayuda y aislarse (Brescané, y Tomé, 2014).
- ✓ Reorganización del tiempo conforme se adapta a las necesidades de la persona bajo su cuidado, optimizando el uso de los recursos externos, con una idea más clara de los problemas de la persona (Brescané, y Tomé, 2014)

Todo lo anterior, se presenta en el marco de adaptación del cuidador, como un proceso de afrontamiento personal, reorganizando su vida entorno a la persona bajo su cuidado, logrando controlar y aceptar la situación y los cambios que se presentan, con el fin de no llegar una sobrecarga (Ferré, et al. 2011).

Otras estrategias de afrontamiento, están dadas a generar redes apoyo solidas que ayuden a aceptar la modificación de las dinámicas de su vida, asumiendo el rol de cuidador, así como a afrontar el duelo cuando la persona bajo su cuidado fallezca, por causa de la enfermedad (Pinto, y Sánchez, 2000; Ferré-Grau, et al., 2011).

En el caso de personas con Alzheimer, estas redes de apoyo pueden ser formales como los centros día, que son sitios donde se presta atención a personas con algún tipo de demencia (Carretero, 2011), pueden también, acudir a hogares geriátricos, que son sitios que alojan de forma permanente y brindan atención al adulto mayor, con diferentes grados de compromiso cognitivo y físico. También pueden tener un apoyo informal, que son asesorías dirigidas al entrenamiento del cuidador, para poder realizar las tareas asociadas a la persona bajo su cuidado, también existen otras formas de soporte a los cuidadores, como talleres, cursos, entre otras (Slachevsky, et al., 2007; Carretero, 2011; Cruz, 2013).

Por otra parte, las tareas que deben desarrollar diariamente los cuidadores pueden generar problemas físicos como dolores; psicológicos como depresión y ansiedad; dificultades sociales dadas al aislamiento y repercusiones en la disposición del tiempo libre, así como deterioro económico (García, et al., 1999; Ribas, et al., 2000; Douglas, et al., 2005; Roca, et al., 2000). Dichas dificultades o síntomas presentados pueden repercutir en algo mayor y en algunas ocasiones el cuidador puede generar un síndrome llamado burnout o síndrome del quemado, que se describirá a continuación.

2.5 Síndrome Burnout

Según Campos, et al., (2015), el síndrome de burnout se refiere a un agotamiento físico y mental, que se presenta en diversos profesionales que trabajan directamente con personas, otra definición es la aportada por González, et al., (2004) que lo entiende como la suma de diferentes problemáticas que se presenta en personas que tienen a su cargo a alguien enfermo o dependiente debido a una discapacidad.

Por su parte, Dueñas, et al., (2006), refiere que este síndrome consiste en agotamiento emocional que altera la capacidad del cuidador para desarrollar sus tareas de cuidado a la persona que lo requiera, que puede llegar a tener repercusiones importantes sobre la salud del mismo, en cuanto a su estado de ánimo y la modificación de los umbrales de percepción de sufrimiento y dolor de la persona bajo su cuidado, teniendo en cuenta, que el tiempo promedio dedicada al cuidado es de 16 horas aproximadamente, a su vez, la mayoría de los cuidadores no tienen tiempo de ocio y esparcimiento.

Dicha carga del cuidador se puede tomar desde dos enfoques; un enfoque subjetivo asociado a juicios y emociones negativas asociadas al cuidado y un enfoque objetivo dado a las demandas y actividades que asumen los cuidadores, siendo este factor, el que genera mayor impacto a nivel personal en los cuidadores, el perjuicio físico y emocional, por tanto si el cuidador no detecta el agotamiento físico y emocional de forma oportuna, es posible que pueda desarrollar síntomas asociados a una depresión como disminución del apetito, del tiempo de descanso y de ocio, afectando su salud de forma negativa (Crespo, et al., 2007).

Otros autores como Maslach y Jackson (1986, referido en Ramírez y Maturana, 2011) entienden el burnout desde tres aspectos; el primero desde el agotamiento o cansancio emocional con manifestaciones psicológicas y/o físicas, el segundo se desarrolla la despersonalización, acompañado de sentimientos, respuestas y actitudes negativas hacia otras personas,

especialmente a la persona que se cuida y el tercer aspecto es la baja realización personal, al no lograr dar sentido a su vida y logros personales que origina sentimiento de fracaso o baja autoestima (Turró, 2007).

Siguiendo esta misma línea, la sobrecarga se asocia con el desarrollo de sentimientos de rendición, de estar atrapados física y emocionalmente, puede existir la culpa cuando el cuidador empieza a pensar en sí mismo y con el paso del tiempo todos estos pensamientos y sentimientos podrían incapacitar a la persona, evitando que pueda seguir cuidado de otra (Ubierno, et al., 2005). Otros síntomas dados al síndrome de burnout, según Expósito (2008) son el insomnio, síntomas somáticos, alteración en el sentido de la prioridad, aislamiento social, irritabilidad, pobre concentración, rendimiento y organización. Los cuidadores, también desarrollan alteraciones corporales asociados al cuidado, como cefalea (dolor de cabeza), inapetencia, mialgias (dolores musculares), náuseas, dolores dentales, hipertensión, úlceras gástricas, alteraciones en la producción de la voz y en la conciliación del sueño (Martínez, 2010).

Además de conocer los síntomas del síndrome, es importante identificar las causas por las cuales podría ocurrir, ya que no todos los cuidadores llegan a tener esta patología, según Cerquera y cols (2012) el entorno y el núcleo familiar influyen en su aparición, especialmente cuando existen falencias en la comunicación asociadas al cuidado del familiar y el peso recae en una sola persona, cuando la responsabilidad debe ser compartida, por su parte Expósito (2008) refiere que otra causa puede estar dada cuando aparece una transferencia afectiva de los problemas del enfermo a cuidador, la petición de situaciones conflictivas y la dificultad que tiene el cuidador de rendir de forma constante, puede generar temor de no cumplir las tareas requeridas.

En torno a esto, Dueñas, et al., (2006) han identificado factores predictores para el desarrollo del síndrome, entre ellos:

- Indefensión aprendida, siendo una percepción de control escaso o nulo sobre la situación en repetidas ocasiones.
- Alteración de la autoeficacia, entendida como la propia percepción de eficacia en las tareas que se deben realizar.
- Falencias en el interés social, entendido como el fomento del bienestar humano, donde la persona deja de estar con su círculo social.
- Carencia de tiempo para actividades de ocio y entretenimiento.
- Personalidad resistente, se caracteriza por sentimiento de compromiso propio y por su trabajo, con búsqueda de control del ambiente y aproximarse a los cambios del entorno como un desafío.
- Género, según este autor este síndrome se desarrolla en mayor medida en mujeres.
- Exigencias emocionales altas, donde se puede llegar a una percepción de desborde.
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas.
- Patrón de personalidad tipo A, individuos altamente competitivos, esfuerzo por conseguir el éxito, inquietos, agresivos, impacientes, extremadamente responsables.
- Creencias personales del cuidador respecto a su rol, donde hay cambios comportamentales y de personalidad.

Con respecto a esto, Pearlin, et al., (1990) y Haley (1996) plantean como posibles modelos explicativos del síndrome, los estresores, los cuales dependiendo como los asuma el cuidador pueden incluir en mayor o menor medida, se dividen en:

- Estresores primarios: Se derivan de la persona dependiente de cuidado y todos los requerimientos asociados, como gravedad de las secuelas cognitivas y físicas, alteraciones conductuales y dependencia para las actividades de la vida diaria.

- **Estresores secundarios:** Percepción del cuidador, respecto a sus propios recursos, respecto a su red de apoyo, la relación entre él y la persona bajo su cuidado.

Así mismo, Yanguas, et al., (2000) refieren personas con este síndrome podrían desarrollar patologías mentales dadas a la fatiga mental, física y emocional asociada al cuidado; como neurastenia (dolor muscular, mareo, cefalea tensional, alteración del sueño, irritabilidad, dificultad para relajarse), trastorno mixto ansioso-depresivo (presencia de ansiedad y depresión), trastornos de adaptación (malestar, alteraciones emocionales que interfieren en la participación social), entre otros.

Ahora bien, así como se describió el concepto de cuidador, es necesario definir a la persona dependiente, según la Ley 39 de 2006 se refiere a “aquella que, por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria”. Teniendo en cuenta que este estudio se basa en cuidadores con enfermedad de Alzheimer, es importante explicar de qué se trata esta patología.

2.6 La Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer (EA), es un tipo de demencia, entendida como la pérdida de la función cognitiva (pensar, razonar, recordar), que interfiere con el desarrollo de la vida diaria, es un tipo de demencia neurológica irreversible y degenerativa que provoca la muerte en las células nerviosas cerebrales, se clasifica en estadio leve, moderado y severo, donde inicia con síntomas leves, como olvidos pequeños, hasta llegar a la completa dependencia (Romano, et al., 2007).

Ahora bien, se producen cambios a nivel cerebral, dados por una acumulación anormal de beta amiloide, que es neurotóxica y lleva a la apoptosis, muerte celular, lo que acelera el curso de la enfermedad y la tau, que conduce al desarrollo de placas de amiloide y de ovillos neurofibrilares

de tau que causan la muerte neuronal, siendo afectada en primer lugar la corteza cerebral que tiene la capacidad de pensar, planificar y recordar, al progresar la enfermedad afecta otras zonas cerebrales, hasta alcanzar una extensión importante (Romano, et al., 2007).

Según (Gómez, P; Navarro, B Panadero, F. SF) el principal factor de riesgo es la edad, con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad ya que se duplica cada cinco años, partiendo de los 65 a los 85 años, el riesgo es de 50.4%, otros factores de riesgo son: la presencia de genotipo APOE-e4, antecedentes familiares de la enfermedad (riesgo 3 a 5 veces mayor, en familiares de primer grado), síndrome de Down, presencia de un trastorno depresivo, diabetes mellitus, hiperlipidemia, lesiones cerebrales previas, hipertensión arterial, con factores protectivos como la ingesta de ácido fólico, alto nivel educativo y/o un adecuado mantenimiento de la activación intelectual y el ejercicio físico habitual (moderado a intenso).

Siguiendo este mismo marco, para Romano, et al., (2007) y Casoli, el al., (2007) esta patología se atribuye a mutaciones genéticas el desarrollo de la enfermedad, como las localizadas en el brazo largo del cromosoma 21 que es la ubicación de la proteína precursora del amiloide (PPA) cerebral (Agency for Health Care Policy and Research. 2018) o de una alteración del brazo largo del cromosoma 14, con un fenotipo más grave, que refuerza que estos defectos genéticos están relacionados con el depósito amiloide, con su subsecuente lesión por su neurotoxicidad, por degeneración neuronal (directo) o por modificación del equilibrio del calcio neuronal por procesos metabólicos del ácido glutámico.

2.6.1 Fisiopatología del Alzheimer.

En la enfermedad hay dos factores importantes, las placas amiloides (acumulación de proteína, en neuronas inflamadas, lesionadas) y neuríticas extracelulares y los ovillos neurofibrilares intracelulares (acumulación de proteínas células nerviosas muertas, son fragmentos enrollados de

proteína dentro de las neuronas que las obstruyen aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína), (Nelson, et al., 2012). Los depósitos de amiloide cerebral, sumado al vínculo genético, mutaciones en el gen que codifica la proteína precursora de amiloide (APP) o en los genes que codifican las enzimas de procesamiento de la APP (presenilina 1 y 2), que posiblemente inicia a partir de los 20 años, mucho antes del inicio de los síntomas (Batema, et al. 2012; Masdeu, et al., 2005; Price y Morris, 1999; Jack, et al., 2012).

El proceso de formación de amiloide comienza con la ruptura de la proteína APP transmembrana, que, a través de varios procesos mediados por péptidos, hasta llegar a unas isoformas principales Ab1-40 y Ab1-42 (Bulic, et al., 2011). Las dos son neurotóxicas (aumentan niveles de radicales libres reactivas al oxígeno), asociadas a un proceso neuro-inflamatorio crónico con microglía activada y astrocitos activos, donde los radicales libres de oxígeno reactivo y nitrógeno dañan las membranas celulares y otros componentes micro y macrocelulares, con una alta asociación con el deterioro cognitivo (Wang y Michaelis, 2010; Minghetti, 2005; Khandelwal, et al., 2011; Sutherland G, et al., 2013). Lo anterior desencadena los síntomas que se describen a continuación.

2.6.2 Sintomatología del Alzheimer.

Los síntomas dependen de la etapa en la que se encuentre, según la Asociación Americana de Alzheimer (2018), identifica tres fases, a saber:

- Primera fase o estadio leve: Tiene una duración aproximada de 3 años, con un paulatino deterioro de la memoria episódica. Donde la persona olvida eventos recientes, así pasaran de 10 a 20 minutos de ocurrido el hecho (no recordar que comió, conversaciones previas). Hay menor percepción de su medio ambiente, al igual que la memoria en cuanto al tiempo

y el espacio, con una desorientación de lo que lo rodea, no reconoce donde está o no recuerde como llegar a sitios que frecuentaba, desorientación respecto al día y la noche, no recordar día, mes y fecha. Disminución de la concentración y mayor fatiga, con cambios de humor y síntomas de depresión, apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés, con agitación y ansiedad. En cuanto al lenguaje, las habilidades motoras y la percepción están conservadas, mantiene conversaciones, comprende, emplea gestos, entonación, expresión y actitudes dentro de parámetros de normalidad.

- Fase o estadio moderado: Tiene una duración aproximada de 3 años, donde todos los aspectos de la memoria empiezan a fallar. Aparecen las afasias, es decir problemas en el lenguaje, le cuesta hablar, expresarse y darse a entender, confunde unas palabras con otras. También hay apraxias, es decir problemas en las funciones aprendidas, se refiere a la dificultad para llevar a cabo funciones aprendidas, como no recordar cómo vestirse o cómo usar los cubiertos. La persona presenta agnosias, que se refieren a problemas en el reconocimiento, inicia la pérdida en la capacidad para reconocer a las personas con las que convive, aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal, es decir sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento. En cuanto al comportamiento, hay descuido en la higiene personal, ya que no quiere bañarse, se enoja fácilmente; aparecen rasgos de tipo psicótico, donde imagina que ve gente o escucha sonidos que no existen, piensa algo errado pero difícil de corregir. Tiene acciones repetitivas, llegando casi a lo obsesivo, recorre la casa, ordena la ropa, papeles u otros varias veces al día. Con relación al nivel cognitivo desaparece la capacidad del pensamiento abstracto y la habilidad para hacer operaciones de cálculo. Finalmente en el aspecto personal, hay una represión de emociones, por la apatía que aumenta, se genera mayor dependencia de su cuidador.

- Fase o estadio grave: Es la última etapa, con una marcada alteración de las facultades intelectuales. A nivel cerebral hay cambios que generan incremento de la rigidez muscular y de la resistencia al cambio postural, pueden tener temblores y crisis epilépticas, no reconoce a sus familiares, ni su rostro en el espejo. En cuanto al comportamiento y la emoción, se vuelven apáticos, con pérdida de las capacidades adquiridas automáticas (lavarse, vestirse, caminar, comer), con pérdida de la respuesta al dolor, tienen incontinencia fecal y urinaria, mayor postración en cama y requieren mayor asistencia para la alimentación.

En grandes rasgos, las alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad de Alzheimer afectan la memoria, con un deterioro en memoria reciente, remota, inmediata, verbal, visual, episódica y semántica, genera afasia, con un deterioro en funciones de comprensión, denominación, fluencia y lectoescritura; apraxia, en cuanto al saber vestirse, ideomotora e ideacional; y finalmente agnosia con alteración perceptiva y espacial (Kantor, 2006).

Conociendo la sintomatología y las diferentes causas de la Enfermedad Alzheimer, es importante identificar como debe ser cuidado el paciente y que debe realizar el cuidador tanto del paciente como de el mismo.

2.7 Cuidador de personas con Alzheimer

Un cuidador de un paciente con Enfermedad de Alzheimer, debe realizar varios cambios, como la reforma estructural de la casa para poder garantizar la seguridad de la persona bajo su cuidado, la modificación de los horarios habituales acordes al paciente, la administración de medicamentos, la forma de abordar los cambios comportamentales, como la frustración de la persona con la enfermedad al ser consciente de la pérdida de sus capacidades cognitivas, de memoria y habilidades ejecutivas, la dificultad para seguir el ritmo en los diferentes ámbitos en

los que se desempeña, Así como ayudar en la gran carga emocional que se va desarrollando con el tiempo, son factores que el cuidador debe afrontar de la mejor forma posible, pero faltan mecanismos de autocuidado que puedan adaptar a su vida cotidiana, que en muchos de ellos es pobre, pero que es necesario que conozcan, para mejorar su calidad de vida y su integridad en las diferentes dimensiones de ese ser humano. De esta manera, conociendo que la Enfermedad de Alzheimer no tiene cura, el tratamiento busca reducir el progreso de la enfermedad, manejar los problemas del comportamiento (confusión, agitación, etc), modificar el hogar y apoyo familiar para apoyar el proceso de cuidado (Geldmacher, 2004; Jeffrey, et al., 2002).

Como se puede observar son grandes retos los que tiene un cuidador, donde posiblemente pueda llegar a tener una sobrecarga, la cual se describirá en el siguiente apartado.

2.8 Sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer

Según Badia, et al., (2004) en una encuesta realizada en España que valoraban la calidad de vida, tiempo de cuidado y carga percibida del cuidador principal informal de paciente con Alzheimer, reportaron problemas físicos, fatiga, insomnio, dolor en la espalda, dolor de cabeza y problemas musculo-esqueléticos (fracturas, esguinces, etc), del mismo modo, Slachevsky (2007) identifican problemas digestivos, problemas cardiovasculares, respiratorios.

Además, según Carretero, et al., (2011) resaltan que cuando los cuidadores dejan de asistir a consultas médicas, descuidado su propia salud, pueden tomar malos hábitos, como falta de tiempo de sueño, mala alimentación, consumo de alcohol, tabaco, automedicación o incumplimiento de los tratamientos médicos, entre otros.

En cuando a la dimensión emocional, el proceso de cuidado a una persona puede ser gratificante para algunos cuidadores o personas cercanas a ellos, otros cuentan con una buena red de apoyo, reduciendo el estrés en los mismos; esto depende de la personalidad del cuidador el

impacto del cuidado sobre la salud, como estrategias de afrontamiento, resiliencia, entre otras; ya que cuidadores con mayor satisfacción y positivismo, pueden sentirse más cómodos con la labor del cuidado, con menor depresión, sobrecarga y una valoración de la salud positiva. Sin embargo para otras personas el cuidado de las pacientes con Alzheimer conlleva una alta demanda, que puede detonar emociones negativas en diversas situaciones asociadas al cuidado, como la rabia, el duelo, culpa, vergüenza, soledad, resaltando la importancia de los recursos para el impacto de la carga asociada al cuidado (Barbero, 2012; Slachevsky, et al., 2007).

Según Boerner, et al., (2004) si los cuidadores presentan un alto nivel de satisfacción asociado al rol de cuidado, tiene mayor riesgo de desarrollar depresión al fallecer el familiar, ya que no solo pierden a un familiar y sino también su rol significativo.

Ligado a lo anterior, Badia, et al., (2004) enuncia los problemas psicológicos de los cuidadores de personas con Alzheimer, como el estrés, culpa, ansiedad, irritabilidad y depresión; de igual forma Carretero, et al., (2011) menciona que los cuidadores tienen cambios en la personalidad, descuidando hábitos de autocuidado, acompañado de una percepción de desborde por la situación.

Como se ha podido observar a lo largo del documento, las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y el autoconocimiento son importantes para proveer al cuidador una forma funcional de asumir las situaciones en su vida cotidiana, así como la conformación de una red de apoyo adecuada para reducir las cargas en los mismos, es allí donde la musicoterapia puede aportar herramientas importantes para facilitar este tipo de procesos, favoreciendo la expresión emocional, la integración de redes de apoyo, favorecer el auto-concepto.

2.9 Musicoterapia

2.9.1 Definiciones.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia en el 2011 (referido en la Asociación Española de Musicoterapia) la musicoterapia hace referencia al uso profesional de la música y sus diferentes elementos para realizar intervenciones en diferentes ambientes, ya sea a nivel individual, grupal, familiar o en comunidad, con el fin de mejorar la salud integral y generar bienestar. Por consiguiente, es una disciplina que emplea la música como una terapia, donde poco a poco ha venido desarrollando un tinte más científico (Shapira, Ferrari, Sánchez y Hugo, 2007).

Del mismo modo, Bruscia (2007) menciona la naturaleza transdisciplinar de la musicoterapia y la define como un proceso de cambio gradual hacia un estado deseado; donde el terapeuta utiliza una secuencia sistemática de intervenciones dirigidas para lograr dichos cambios, se resalta la intencionalidad, la organización y la regularidad, lo que implica el diseño e implementación de un plan de acción basado en unos objetivos claros, enmarcadas bajo los criterios de modelos, métodos y técnicas; a su vez, Schapira, et al., (2007), afirman que la musicoterapia en su proceso de desarrollo como disciplina ha generado un campo de conocimiento y acción propio.

Dentro de este mismo marco, Bruscia (1999) refiere que la musicoterapia es vista como un proceso sistemático y metodológico que tiene tres etapas: (1) El diagnóstico o valoración, donde se realiza una interpretación o descripción clínica, que identifica las necesidades del participante, para determinar los objetivos del tratamiento, se eligen las herramientas musicoterapéuticas y los instrumentos para evaluar al final del proceso, con el fin de comparar las diferencias, (2) Tratamiento, donde se plantean estrategias para alcanzar las metas según las necesidades y recursos del paciente, aquí en cada sesión se desarrolla algún tipo de experiencia musical para generar cambios en la salud del usuario, y (3) Evaluación, en donde se comprueban los cambios durante la intervención, para determinar si se ha modificado las condiciones del paciente, sin

embargo, este es un proceso continuo que permite replantear los objetivos de intervención según la evolución del mismo.

Según este mismo autor (2007), la musicoterapia puede basarse en diferentes modelos teóricos, acorde al énfasis de trabajo (clínica, educativa o comunitaria), además definir si la música se usa como terapia o en terapia. Cuando es como terapia, la música es el estímulo primario o medio de respuesta para el cambio terapéutico del participante, es decir que es la influencia directa de la música sobre el cuerpo, los sentidos, sentimientos, pensamientos y comportamiento del usuario, mientras que la música en terapia, el terapeuta facilita la relación con la música cuando es necesario, siendo la relación intermusical entre el terapeuta y el paciente.

2.9.2 Intervención en musicoterapia

En la intervención musicoterapéutica, los procedimientos que se emplean son estrategias que utiliza el terapeuta para involucrar al paciente en un aspecto del proceso de terapia o para alcanzar los objetivos, consiste en una serie de interacciones que se completan utilizando diferentes técnicas y varían dependiendo si la intervención es individual, diádica, familiar o grupal. Dentro de este procedimiento, se emplean técnicas musicoterapéuticas, que son una interacción iniciada por el terapeuta para intentar obtener una respuesta inmediata del paciente o perfilar su experiencia inmediata (Bruscia, 1999).

Dichas técnicas dependen de los métodos que se apliquen, los cuales se explicarán a continuación.

2.9.3 Métodos Musicoterapéuticos.

Según Bruscia (2007) existen cuatro métodos en la musicoterapia:

- a) Método Re-creativo: El cliente aprende, canta, toca o presenta música pre-compuesta o reproduce cualquier tipo de forma musical presentada como modelo. Incluye renderizar,

reproducir, realizar o interpretar cualquier parte o la totalidad de un trabajo musical existente con o sin audiencia. Tiene como objetivos desarrollar habilidades sensorio-motoras, fomentar el comportamiento adaptativo, mejorar la atención, la memoria y la orientación de la realidad, mejorar la comunicación de ideas y sentimientos, así como la habilidad de escucharse y monitorearse a sí mismo. Además promueve la identificación y empatía, experimenta y libera emociones de una forma segura y apropiada. Existen diferentes formas de realizar este método a través de re-creación instrumental, vocal, producciones musicales, juegos musicales y actividades de dirigir.

- b) Método de Composición: El terapeuta ayuda al cliente a escribir canciones, letra, piezas instrumentales o crear cualquier tipo de producto musical, donde el terapeuta asume la responsabilidad de aspectos técnicos del proceso y promueve la participación del cliente según sus capacidades musicales. Tiene como objetivos la facilitación de expresión de pensamientos y sentimientos, potencializa habilidades sociales compartiendo con otros y facilita el desarrollo habilidades de toma de decisiones. Se puede realizar a través de parodias de canciones, escribir canciones nuevas, collages musical o composiciones instrumentales.
- c) Método de Improvisación: El cliente inventa música mientras toca o canta, creando de manera improvisada una melodía, ritmo, canción o pieza instrumental; puede tocar solo, en grupo o con el terapeuta, para ello, el terapeuta ayuda al cliente, proporcionando las instrucciones y demostraciones necesarias, ofreciendo una idea de estructura musical en que basar la improvisación. Los objetivos de este método son establecer un canal no verbal de comunicación y un puente para la comunicación verbal, proporcionar un medio satisfactorio para la propia expresión y la formación de identidad, explorar varios aspectos del ser en relación con otros y desarrollo de habilidades grupales, identificar,

expresar y trabajar emociones difíciles, desarrollar la capacidad de respeto e intimidad interpersonal y desarrollar la creatividad, la libertad expresiva, espontaneidad y alegría. Se puede realizar a través de improvisaciones referenciales y no referenciales, improvisaciones vocales, con canciones, corporales o dirigidas.

- d) Método Receptivo: El cliente escucha música y responde a esta experiencia silenciosamente, verbalmente o de otra manera; la música usada puede ser de improvisaciones grabadas, actuaciones o composiciones previamente compuesta por el cliente. Los objetivos de este método son promover la receptividad, evocar respuestas específicas del cuerpo, estimular o relajar a la persona, desarrollar habilidades auditivas o motoras, evocar estados afectivos y experiencias, explorar ideas y pensamientos de otros y facilitar la memoria, reminiscencia y regresión. Este método se puede utilizar realizando una escucha somática, relajación musical, escucha estimulante, dibujo proyectivo con música, auto-escucha, entre otros.

2.10 Consideraciones éticas

Para mencionar las consideraciones éticas, es importante identificar que la musicoterapia es una intervención no invasiva, por lo tanto, según el Ministerio de Salud en la Resolución 8430 de 1993, menciona que este tipo de intervenciones tiene un riesgo mínimo, donde además prevalece el respeto a la dignidad y la protección de los derechos, para generar bienestar de los participantes y garantizar la privacidad de los individuos (Ministerio de Salud, 1993).

Ahora bien, según el Código de Ética de American Music Therapy Association (enero, 2019) establece unos parámetros para uso de la música en intervenciones con propósitos terapéuticos, entre los cuales se encuentra estipulado que musicoterapeuta debe estar titulado y ejercerá solo las funciones para cuales está calificado, sin involucrarse en un área fuera de su alcance. Además

respetará al participante sus valores y creencias, sin discriminación alguna, realizando su práctica con integridad y honestidad.

Así mismo, al realizar algún tipo de investigación el musicoterapeuta protegerá los derechos de las personas que participan voluntariamente en el estudio, respetando la confidencialidad de los datos, razón por la cual, para este caso, se hace firmar el consentimiento informado (ver anexo 10.1), de igual manera se resalta la importancia de proteger el bienestar de los participantes durante y después del estudio evitando efectos psicológicos, físico y sociales negativos, por ende es importante plantear objetivos acordes a la población y que se puedan cumplir con la realización del estudio.

2.11. Marco Metodológico

2.11.1 Tipo de investigación

Existen diferentes formas de realizar una investigación, bien sea de tipo cuantitativo, cualitativo y mixto. La presente investigación es de tipo mixto, la cual recopila la recolección, el análisis de los datos y la discusión de manera cuantitativa y cualitativa, tomándola como una mezcla de ambos enfoques, con el fin de tomar de manera más amplia y profunda el fenómeno estudiado, en otras palabras que se utiliza la evidencia de datos numéricos, verbales, visuales y simbólicos para comprender la problemática o la situación estudiada (Hernández-Sampieri, 2014).

Este tipo de investigación inició en la segunda década del siglo XXI, donde se consolidó como el tercer enfoque de investigación, según Creswell (2013, referido en Hernández-Sampieri, 2014) siendo útil cuando el fenómeno de estudio es complejo, así mismo cuando la problemática ha sido abordada por otras investigaciones desde ambos enfoques de manera independiente.

Con relación al sustento filosófico, para Hernández-Sampieri (2014) el enfoque mixto se basa en el pragmatismo, la cual es una postura que permite hacer uso del método de investigación más apropiado para la realización del estudio, teniendo como características: (1) El eclecticismo metodológico, conociendo multiplicidad de ideas y teorías, (2) Pluralismo paradigmático, (3) Aproximación iterativa y cíclica a la investigación, (4) Orientación al problema (5) Parte de un conjunto y diseños analíticos (6) Diversidad en los niveles de indagación (7) Tendencia al equilibrio entre perspectivas y (7) Fundamentación pragmática.

En torno a esto, Lieber y Weisner (2010) y Collins, Onwuegbuzie y Sutton (2006) (ambos referidos en Hernández-Sampieri, 2014), expresan las ventajas de trabajar en investigación con enfoque tipo mixto, entre las cuales se encuentran: enriquecimiento de la muestra, mayor fidelidad en los instrumentos de la recolección de los datos, integridad en el tratamiento o intervención y optimización de los resultados, facilitando una mayor perspectiva de los datos y de los descubrimientos.

Además, este autor reconoce la importancia de abordar desde varios enfoques, los problemas de orden psicológico y las relaciones humanas, teniendo en cuenta que varias disciplinas han trabajado en ellos y su aporte es valioso para generar conocimiento.

2.11.2 Diseño de investigación

Los diseños de investigación tipo mixto se dividen en concurrentes, secuenciales, de transformación y de integración. Esta investigación tiene un diseño explicativo secuencial, donde inicialmente se recogen y analizan datos cuantitativos, luego se analizan los datos cualitativos con base en los datos arrojados en la primera etapa cuantitativa. Posteriormente, ambos descubrimientos se integran para hacer la interpretación de los resultados, donde el investigador

decide si da prioridad a lo cuantitativo o a lo cualitativo en la discusión y en la presentación del informe final (Hernández-Sampieri, 2014),

2.11.3 Análisis de datos

Según Hernández-Sampieri (2014), los análisis de los datos se pueden realizar de la siguiente manera:

- Se realiza la recolección de los datos y análisis de éstos, iniciando con datos cuantitativos luego los datos cualitativos. Se puede utilizar o no, programas para el análisis.
- Se realiza la integración de los datos cuantitativos y cualitativos, donde se puede hacer uso de la triangulación, compensación, complementación, multiplicidad, consolidación entre otros.
- La forma de presentar los resultados dentro de este diseño, está dado inicialmente por presentar los resultados cuantitativos, ya que es la primera fase del proceso, luego se muestran los resultados cualitativos y teniendo en cuenta la pregunta de investigación se realiza la integración de los dos enfoques.
- Los reportes desde la tipología mixta, no buscan reportar dos ramas separadas, la idea es vincular estos dos enfoques y conectarlos analíticamente, donde las conclusiones deben ser planteadas desde una integración que llegue a la comprensión del fenómeno o la problemática.

3. Metodología de Investigación

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo mixto con un diseño un diseño explicativo secuencial, que tal como se mencionó anteriormente, es adecuado para trabajar problemáticas relacionadas con las ciencias humanas, logrando una amplia perspectiva y una investigación profunda de la problemática planteada en este caso la sobrecarga emocional y física, donde hace uso de la triangulación para el análisis y discusión de los resultados.

3.2. Participantes

La muestra para esta investigación está conformada por cuidadores de pacientes con Alzheimer que asisten a la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia en Bogotá, la cual es una entidad de beneficio social sin ánimo de lucro, que tiene como objetivo brindar información, capacitación, orientación y apoyo a quienes cuidan de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, teniendo en cuenta que esta enfermedad llega a perjudicar el bienestar físico, emocional y mental de los cuidadores crear conciencia.

Fue creada hace 15 años por una familia que tuvo a su mamá con la enfermedad de Alzheimer durante 12 años, a partir de allí, empezaron a ofrecer actividades, campañas, actividades, proyectos, programas productos y recursos externos para los cuidadores y las personas con la condición descrita, para lograr que los cuidadores se sientan acogidos, comprendidos y puedan adquirir las herramientas básicas que les ayuden a cuidar mejor de sí mismos y de sus seres queridos, teniendo como premisa “recordando a los que olvidan, apoyando a los que cuidan”.

La Fundación contaba con 17 personas que podrían ser posibles participantes, de los cuales 14 de ellos dieron su aval de participar en el estudio a través de la firma del consentimiento

informado, sin embargo a medida que avanzó el proceso musicoterapéutico, se retiraron 4 personas por diferentes circunstancias personales, por tanto la muestra quedó de 10 participantes.

- Criterios de selección: Ser cuidadores adultos (hombres y mujeres) de personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer, tener una edad entre los 40-66 años, que compartan mínimo 5 horas con la persona diagnosticada. Además deben aceptar voluntariamente participar y firmar el consentimiento informado, sin que sea necesario tener algún lazo de familiaridad con la persona bajo su cuidado.
- Criterios de exclusión: no tener epilepsia musicogénica (crisis convulsivas causadas por el estímulo musical), no tener algún antecedente de enfermedad crónica relevante o enfermedad mental, no tener alguna discapacidad cognitiva moderada o grave y ser cuidador ocasional.

3.3 Instrumentos

Tal como menciona Bruscia (2007) al ser la musicoterapia un proceso sistemático, se deben crear instrumentos que permitan valorar y ver el avance que se obtiene a partir de éste, se crearon formatos de planeación de sesiones, protocolos para cada sesión, historia musicoterapéutica y una encuesta de satisfacción, además se aplicaron diferentes pruebas psicológicas antes y después del proceso para confirmar los cambios en los participantes.

3.3.1 Formato de Planeaciones

Se realizó un formato de planeación de sesiones, donde se dejaba claro el objetivo general y los específicos, así como las actividades y los métodos utilizados. Todas las sesiones fueron divididas en tres fases, siguiendo lo desarrollado por Bruscia (2007), iniciando con un caldeamiento, donde se proponían actividades para centrar a los participantes en la sesión,

seguido de las actividades para la fase central normalmente dadas a cumplir con las variables definidas en el proyecto, y finalmente el cierre con actividades que facilitaban la conclusión de los temas abordados. Cabe mencionar que se tenían en cuenta los emergentes que daban en la sesión, por lo cual es posible que algunas planeaciones cambien durante la sesión, acorde a las necesidades observadas en los participantes. Ver anexo 10.2

3.3.2 Protocolos de análisis de sesiones.

El formato de protocolo utilizado en esta investigación, es el empleado en el Hospital Santa Clara en las prácticas de musicoterapia clínica, el cual incluye en la primera parte, los objetivos planteados para sesión, las actividades desarrolladas y un cuadro donde el musicoterapeuta registra la valoración de las dimensiones física, emocional y cognitiva, todo a raíz de las producciones sonoras y el lenguaje verbal y no verbal mostrado por los participantes. Lo anterior se puede registrar a partir de la utilización de los instrumentos (preferencias, manipulación, intención), la producción con los instrumentos (temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.), la producción musical con la voz (dinámica temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad), las formas musicales utilizadas, la duración de la producción sonoro-musical, la interacción musical con roles y estrategias, la interacción interpersonal (roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal). De igual manera, se registra el uso de los métodos y técnicas musicoterapéuticas, así como una revisión de la expresión emocional y elaboración cognitiva de los participantes durante cada sesión. En el anexo 10.3, se encuentran todos los protocolos del proceso musicoterapéutico realizado.

3.3.3 Ficha de Historia Musicoterapéutica.

La investigadora crea un formato haciendo una adaptación al cuestionario de canciones de Ferrari (2007) y Milleco (1999) ambos referidos en Shapira (2007), para conocer los datos

básicos del participante y la cantidad de personas bajo su cuidado, además se busca conocer las dimensiones sociales y personales. En cuanto a su historia musical ayuda a conocer gustos musicales y que canciones le provocan desagrado, así como identificar la cercanía previa a instrumentos o experiencias netamente musicales. El formato consta de preguntas como las preferencias musicales, música que los identifique, canciones que recuerden a familiares, a su red de apoyo y a la persona bajo su cuidado, experiencias musicales previas y preguntas dadas a conocer las relaciones familiares. Ver anexo 10.4.

3.3.4 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Esta escala es una prueba psicométrica diseñada por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1983), la cual tiene como objetivo evaluar la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia o cualquier enfermedad crónica. Está compuesta por 22 ítems los cuales evalúan las repercusiones negativas dadas en diferentes áreas de la vida del cuidador: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Es una prueba auto-aplicada, donde las respuestas son mostradas en escala tipo Likert con 5 valores (1 no presente, hasta 5 casi siempre), el tiempo de aplicación se encuentra de 20 a 25 minutos, los factores buscan evaluar la carga subjetiva asociada al deterioro funcional y conductual unidimensional, la fiabilidad de la prueba es de Alfa de Cronbach: .91 Test-retest: .7 con una validez de constructo apoyada por los datos. Anexo 10.5.

3.3.5 Escala Visual Análoga (EVA)

Esta escala mide la intensidad del dolor percibida por el paciente, está formada por una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma; en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. La escala utilizada se encuentra dividida en cinco partes: (0) ausencia de dolor, (1)

dolor leve, (2) dolor moderado, (3) dolor severo y (4) dolor atroz. En cuanto a la forma de aplicación, se le pide al participante que marque con equis (X) el tipo de dolor percibido. El formato se encuentra en el anexo 10.6 (Montero y Manzanares, 2005).

3.3.6 Test de APGAR familiar.

Este instrumento mide la percepción de los miembros de la familia respecto al nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, por tanto se valora la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Este test define a la familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con alguien; si vive solo, la familia está conformada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas (Suárez y Alcalá, 2014).

Consta de 7 preguntas dadas a la satisfacción en las relaciones familiares y el apoyo percibido. En cuanto a la forma de aplicación, puede ser auto-aplicada o aplicada por el terapeuta, donde participante anota una de las tres posibilidades: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Finalmente, en la calificación, las puntuaciones se suman: una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y de 0 a 3 una familia con grave disfunción (Suárez y Alcalá, 2014). Ver anexo 10.8.

3.3.7 Encuesta de Satisfacción.

Se creó un formato de encuesta de satisfacción, con el fin de conocer la opinión sobre el proceso musicoterapéutico, además identificar si se cumplieron las expectativas de los participantes y conocer las sugerencias y observaciones, dicho formato consta de 10 preguntas abiertas con relación a: (1) uso de los instrumentos musicales y los materiales, (2) el espacio donde se desarrollaron los encuentros, (3) la actitud de la musicoterapeuta, (4) el trato de la

musicoterapeuta durante las sesiones, (5) sugerencias y aportes, (6) las expectativas previo a las sesiones de musicoterapia, (7) el cumplimiento de las expectativas posterior a las sesiones de musicoterapia, (8) el tiempo de las sesiones, (9) recomendaría musicoterapia a otras personas y (10) Observaciones y sugerencias. Ver anexo 10.10.

3.4 Variables

El presente estudio se plantean variables dependientes y variables independientes. La variable independiente hace referencia a la causa que ayuda a la modificación de la variable dependiente, es decir, que la variable independiente es el antecedente, mientras que la variable dependiente es el efecto. Por consiguiente, cuando en realidad existe una relación causal entre ambas variables; al modificar intencionalmente la variable independiente, la variable dependiente también variará.

En esta investigación, la variable dependiente es la sobrecarga física y emocional, mientras que la variable independiente es la musicoterapia y como variables intervinientes de ella el autoconocimiento, regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

3.4.1 Variable Dependiente.

La variable dependiente para este estudio es la sobrecarga asociada al cuidado de una persona con Enfermedad de Alzheimer. La sobrecarga ocurre cuando el cuidador no cuenta con suficientes recursos propios (autoconocimiento, regulación emocional y estrategias de afrontamiento) para responder a las demandas que exige el cuidado de una persona con alguna enfermedad crónica o degenerativa (Gaugler, Kane y Langlois, 2000; Zarit, et al., 1980; George y Gwyther, 1986). Esta sobrecarga conlleva a problemas físicos como dolores lumbares, de cabeza, además de presentar actitudes y reacciones emocionales asociadas a patologías como la ansiedad, depresión, el estrés, y dificultades a nivel social como aislamiento, pobre red de apoyo,

problemas familiares entre otros (Villalba, 2002; Psychogeriatric Association, 2002; García, Mateo y Maroto, 2004).

3.4.2 Variable Independiente.

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos para realizar intervenciones ya sea individual, grupal, familiar o en comunidad, con el fin de mejorar la salud integral y generar bienestar. (Shapira, Ferrari, Sánchez y Hugo, 2007; Federación Mundial de Musicoterapia, 2011).

Dentro de esta variable, se plantean las siguientes variables intervinientes:

➤ **Autoconocimiento.**

El autoconocimiento es la capacidad que tiene el ser humano de conocerse a sí mismo, reconociendo lo que es, lo que da y lo que espera, así como es capaz de reconocer sus gustos, sus cualidades, sus límites, entre otros, es un concepto que se va elaborando por medio de las relaciones y de la experiencia con otros (Shibutani, 1971; Bandura, 1969), por consiguiente, se encuentra relacionado con el auto-concepto, autoestima, la percepción de sí mismo y la autodeterminación (Alcaide, 2009; Alcántara, 1996; Berndt y Burgy, 1996).

➤ **Regulación Emocional.**

Es la capacidad que tiene el ser humano de identificar y manejar sus propias emociones, respondiendo adecuadamente a éstas, por medio de estrategias para controlar y expresar dichas emociones (Gross, 1999, Thompson, 1994).

➤ **Estrategias de afrontamiento.**

Son los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el ser humano para responder a las demandas externas y/o internas que se presentan en lo largo de la vida. En un cuidador se utilizan

para para reducir el impacto negativo asociado a la experiencia de cuidar (sobrecarga), con el fin de generar bienestar (Fernández y Díaz, 2001; Crespo y López, 2007; Bascuñán, et al., 2011).

3.5 Procedimiento

Esta investigación inició con el objetivo de trabajar con cuidadores, por tanto se contactó inicialmente a un grupo de cuidadores de la Casa de la Igualdad del barrio J.J. Vargas, se acuerda las sesiones de musicoterapia los días viernes a las 2:00p.m, se iniciaron las sesiones el 3 de agosto, pero los participantes no asistían a ésta, se observó poco compromiso con el proceso, además la lideresa tuvo una calamidad doméstica y sobre la mitad del proceso deja de asistir; este evento dificultó aún más la asistencia de los participantes, donde algunas ocasiones solo llegaban dos personas y las últimas sesiones realizadas no llego ningún participante, razón por la cual se detiene el proceso con ellos, haciendo un cierre sobre la sesión número 13.

Debido a esta dificultad, se inició la búsqueda de otra institución para realizar el proyecto, se contactó a 10 instituciones que trabarán con enfermedades crónicas, especialmente las demencias. Se contactó a la Fundación Alzheimer, la cual da el aval y se inician las sesiones sobre el mes de octubre, realizadas dos veces a la semana, dos sesiones por día.

El procedimiento de la intervención se desarrolló de la siguiente forma:

1. Proceso de convocatoria, acuerdo de horarios y sensibilización: Se creó un folleto de invitación a participar en la intervención en musicoterapia y difusión por medio de la Fundación Alzheimer, para captar a los interesados, teniendo en cuenta que ya fueron definidas las fechas, días y hora para los encuentros. Luego, se realizó una charla al respecto para resolver dudas y tener un contexto.
2. Determinación de grupo a intervenir y firma del consentimiento informado: A los interesados, se les explicó en qué consistía a grandes rasgos las intervenciones

musicoterapéuticas, los aspectos ético-legales del mismo y se firmó el consentimiento informado.

3. Aplicación de pruebas psicométricas y valoración de la historia musical: se realizó la aplicación de pruebas y la historia musicoterapéutica: la Escala Zarit, EVA (dolor), EVEA (Escala de valoración del estado del ánimo), cuestionario de apoyo social, test de APGAR familiar, valoración de la historia musical de los participantes.
4. Luego de esto, se iniciaron las sesiones de musicoterapia, donde se realizaron planeaciones y se diligenciaron protocolos, se tuvo en cuenta las fases del proceso. La intervención tuvo una duración total de 2 meses, comprendidos entre el 19 de octubre de 2018 y el 4 de diciembre de 2018. En las sesiones 1 a 6 se realizó el proceso de valoración de pruebas específicas y musical, con énfasis en la creación de una relación terapéutica y la cohesión grupal, en las siguientes 10 sesiones, se trabajó la intervención musicoterapéutica en torno al autoconocimiento, la identificación de emociones propias y las asociadas a la persona a quien cuida y a su red de apoyo, aplicando diversas técnicas musicoterapéuticas, y en las últimas sesiones se realiza el cierre del proceso.
5. Luego de realizadas 20 sesiones, se realizó una muestra final para los familiares de las participantes y los miembros de la Fundación, siendo el cierre de la intervención. Además se aplicaron las pruebas post-intervención.
6. Posteriormente se realizó el análisis de los datos obtenidos por medio de pruebas, así como un análisis musical, esto teniendo en cuenta las variables propuestas para este proyecto.

4. Resultados

4.1 Características Sociodemográficas la población

La muestra estuvo conformada inicialmente por 14 participantes, donde se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión explicados en el apartado anterior. Durante el proceso, se retiraron tres participantes por cuestiones personales: una de ellas solo asiste a la entrevista, las otras dos personas solo estuvieron en la fase de valoración del proceso. Por tanto se finalizó el proceso musicoterapéutico con 10 participantes, de las cuales dos ellas son cuidadores profesionales. A continuación en la tabla 1 se describe cada uno de los participantes.

Tabla 1. Características Sociodemográficas la población

P	EDAD	EST	OCUPACIÓN	INFORMACIÓN
RCT	66	2	Pensionado	<ul style="list-style-type: none">-Cuida a la esposa de 73 años, con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y bocio, hace 8 años-Cuidador principal, con sordera moderada, usa audífonos bilaterales-Red de apoyo: La esposa tiene 3 hijos, 1 fallecida por problemas asociados a Parálisis cerebral, pobre red de apoyo por pleito legal de custodia de la esposa y una herencia, lo ayuda ocasionalmente una empleada de servicio-Expectativas: descarga emocional, se siente solo, con nostalgia, desea bailar y la música para aliviarse.
MEM	52	4	Ama de casa	<ul style="list-style-type: none">-Cuida a la mamá de 85 años con diagnóstico de demencia fronto-temporal hace 14 años-Cuidadora principal-Tienen 2 hijas, casada-Red de apoyo: esposo, 2 hijas, 2 hermanos-Expectativas: Se siente vigilada por los hermanos por el cuidado, lo que le genera roces familiares, quiere ser más tolerante, recuperar su propia música, cantar, bailar, le gusta lo musical

XMC	42	3	Independiente	<p>-Cuida a la mamá de 80 años, con diagnóstico de trastorno cognitivo leve, la cuida hace 2 años</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Red de apoyo: tiene 2 hermanas, con poco apoyo</p> <p>-Expectativas: los cambios emocionales, tener más paciencia, tomar medidas a los cambios, relajarse con la música, tiene estrés, le cuesta hablar en público.</p>
ALP	64	4	Pensionada	<p>-Cuida a al papá de 93 años y a la mamá de 85 años, con Enfermedad de Alzheimer hace 4 años</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Red de apoyo: 5 hermanos, 2 de ellos fallecidos, esposo</p> <p>-Expectativas: le gusta la música, bailar, percusión corporal, expresión artística, trabajo con emociones</p>
MEC	57	3	Ama de casa	<p>-Cuida a la mamá con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer hace 4 años</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Tiene 2 hijos</p> <p>-Red de apoyo: esposo, hermanos, hijos</p> <p>-Expectativas: cantar, ser paciente, expresión de emociones, compartir con personas que están en la misma situación</p>
AEL	62	2	Enfermera	<p>-Por el momento no cuida a nadie, cuidó a su hermano con diagnóstico de VIH hasta la fase terminal</p> <p>-Cuidadora profesional</p> <p>-Red de apoyo: madre y hermanos</p> <p>-Expectativas: aprender a cuidar mejor a los pacientes, aprender a cuidarse a sí misma, explorar la música</p>
LAM	53	3	Profesora	<p>-Cuida a la mamá con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer hace 3 años</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Red de apoyo: hermanos, esposo e hijos</p> <p>-Expectativas: expresión de emociones, aprender a</p>

				cuidarse, replicar con la mamá
DPC	45	3	Ama de casa	<p>-Cuida a la mamá con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer hace 1 año</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Red de apoyo: hermanos</p> <p>-Expectativas: Aprender a cuidar mejor a la mamá, expresión de emociones, le gusta el canto, explorar de qué se trata</p>
MCA	58	4	Pensionada	<p>-Cuida a la tía hace 1 año, con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer</p> <p>-Cuidadora ocasional</p> <p>-Red de apoyo: 7 primas, 4 sobrinos</p> <p>-Expectativas: Tener momentos felices, unión familiar, cantar, ver de qué se trata y replicar con los demás cuidadores</p>
CSV	62	6	Abogada Cuidadora capacitada Colabora en la Fundación Alzheimer	<p>-Cuida a una mujer de 82 años, hace 2 meses, sin diagnósticos por el momento</p> <p>-Cuidadora principal</p> <p>-Red de apoyo: familia</p> <p>-Expectativas: intentar percusión corporal y vocal, cantar, explorar el cuerpo</p>
LMJ	54	3	Trabajadora social Se retiró, solo asistió a una sesión.	<p>-Cuida a la mamá de 85 años (demencia senil)</p> <p>-Cuidadora permanente</p> <p>-Sin hijos</p> <p>-Red de apoyo: 5 hermanos</p> <p>-Expectativa: trabajo de culpa (asociado a hermana) y de emociones, aprender del otro, ver “que hago mal”, aprender a ver a la persona con afecto y no como una carga</p>
GEP	49 años	5	Administrador a de empresas, farmacovigilancia en una	<p>-Cuida a la mamá de 78 años, con demencia senil y un ECV hace 3 años y al papá.</p> <p>-Tiene 2 hijas</p> <p>-Diagnóstico de cáncer pulmonar, en tratamiento con</p>

			clínica	<p>quimioterapia</p> <p>-Red de apoyo: esposo y 2 hijas, tiene 2 hermanos que no le ayudan</p> <p>-Expectativas: manejo del estrés, ansiedad, depresión, tristeza, expresión emocional</p>
			Se retiró por problemas de salud	
AMA	59	4	Pensionada	<p>-Cuida a la mamá de 98 años. hace 3 años, con diagnóstico de demencia senil tardía y reemplazo de cadera bilateral. quien está postrada en cama</p> <p>-No reporta información familiar</p> <p>-Única cuidadora de 2 hermanos que no viven en Bogotá</p> <p>-Expectativas: compartir, se siente sola, triste</p>
			Se retira por falta de interés.	
MAV	65	3	Profesor	<p>-Cuida a la mamá de 94 años, con diagnósticos de demencia vascular y enfermedad de Alzheimer</p> <p>-No reporta información familiar</p> <p>-Cuidador principal</p> <p>-Red de apoyo: hermanos, pero no lo ayudan</p> <p>-Expectativas: manejo de culpa, se siente manipulado por la mamá, angustia, soledad, aprender a calmarse, los demás no la cuidan tan bien como yo, aplicarlo en la mamá</p>
			Se retiró por problemas de salud y falta de apoyo familiar	

A nivel general, en cuanto al sexo, 12 participantes eran mujeres correspondientes al 86% de la muestra y 2 participantes eran hombres que daban cuenta al 14% restante de la muestra. Ver figura 1.



Figura 1. Sexo de los participantes

Con relación a la edad, tal como se observa en la figura 2, la mayoría de los participantes se encontraban en una etapa de adultez media y solo una persona era un adulto mayor.

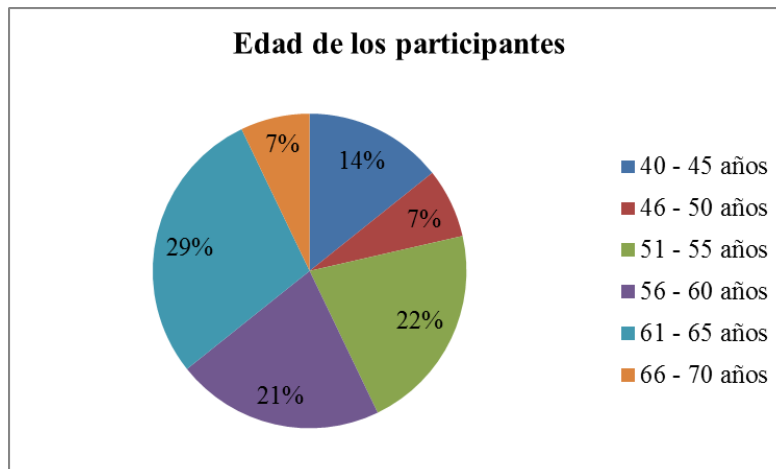


Figura 2. Edad de los participantes

La mitad de la muestra pertenecía a un estrato socio-económico nivel tres, seguido de cuatro participantes correspondiente al 29% pertenecían a un estrato 4, dos participantes, correspondientes al 14% de estrato 2 y una persona, equivalente al 7% de estrato 6. Ver figura 3.

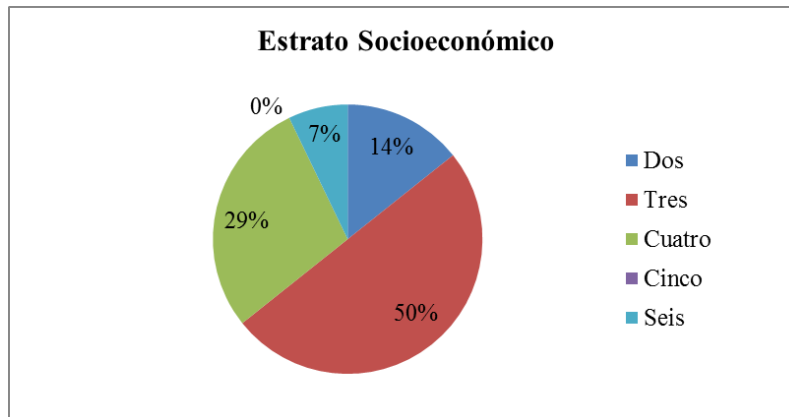


Figura 3. Estrato Socioeconómico

La ocupación de los participantes se encuentra explicada en la figura 4, cabe mencionar que dos de las participantes eran cuidadores profesionales, una era enfermera y la otra persona, aunque de profesión en su país de origen era abogada, en Colombia se ha dedicado a ser cuidadora y tiene un título acreditado para ejercer dicha ocupación.

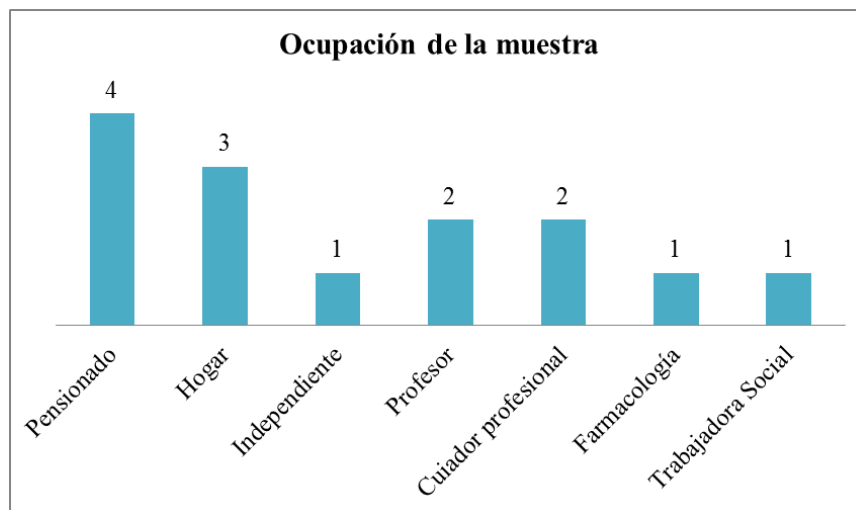


Figura 4. Ocupación de la muestra

Para finalizar, es importante mencionar el tiempo en que los participantes llevaban siendo cuidadores, en la figura 5 se observa que había personas que hacía poco tiempo habían comenzado a ejercer esta labor, como otras que ya llevaban más de 8 años siendo cuidadores.

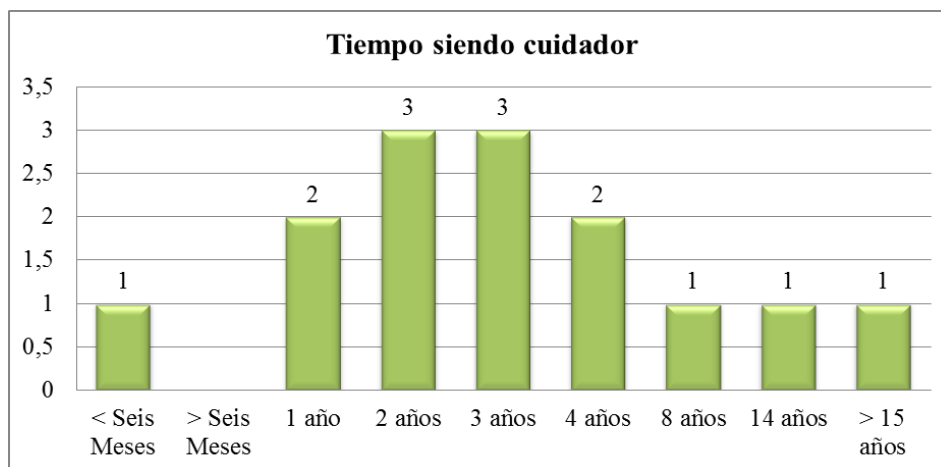


Figura 5. Tiempo siendo cuidador

4.2 Resultados Cuantitativos de las Pruebas Aplicadas

Durante el proceso musicoterapéutico se aplicaron diferentes pruebas psicológicas y cuestionarios, que pretendían medir diferentes aspectos emocionales, físicos y con relación al apoyo social, dichas pruebas se aplicaron antes y después del proceso. A continuación se presentan los resultados de las pruebas pre.

4.2.1 Resultados Pruebas Pre

Todas las pruebas iniciales se realizaron únicamente con ocho de los trece participantes iniciales, ya que algunos no asistieron el día de la aplicación.

- Resultados de Sobre Carga del Cuidador de Zarit – Aplicación Pre

Los resultados de esta prueba indicaron que el 62% de la muestra correspondiente a 5 participantes indicaron ausencia de sobrecarga, el 25% correspondiente a dos personas, mostró una sobrecarga leve y el 13% correspondiente a un participante, la prueba sugirió una sobrecarga intensa, cabe recordar que esta sobre carga está dada a cuatro dimensiones: física, psíquica, social y económica.

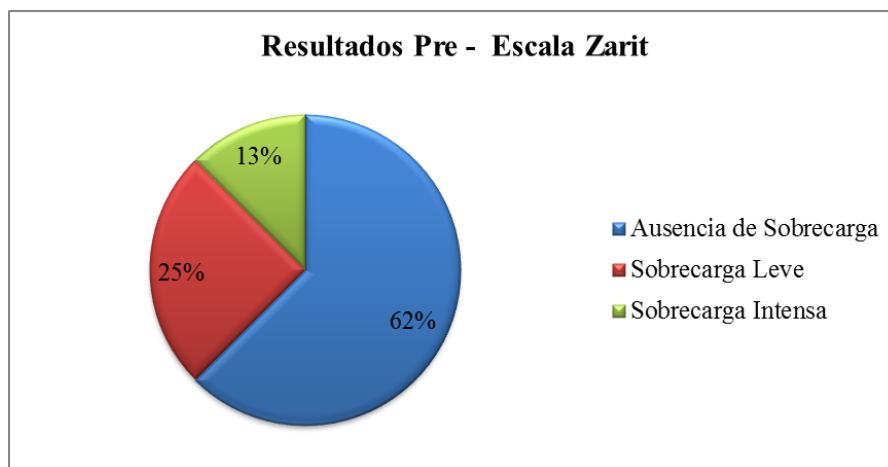


Figura 6. Resultados Pre - Escala Zarit

- Resultados Escala visual análoga (EVA) – Aplicación Pre

Los resultados de esta prueba mostraron que el 37% de la muestra correspondiente a tres personas manifestaron tener un dolor moderado, el 13% correspondiente a una persona refirió tener un dolor severo y la otra mitad de la muestra indico dolor leve y ausencia de cualquier tipo de dolor físico.

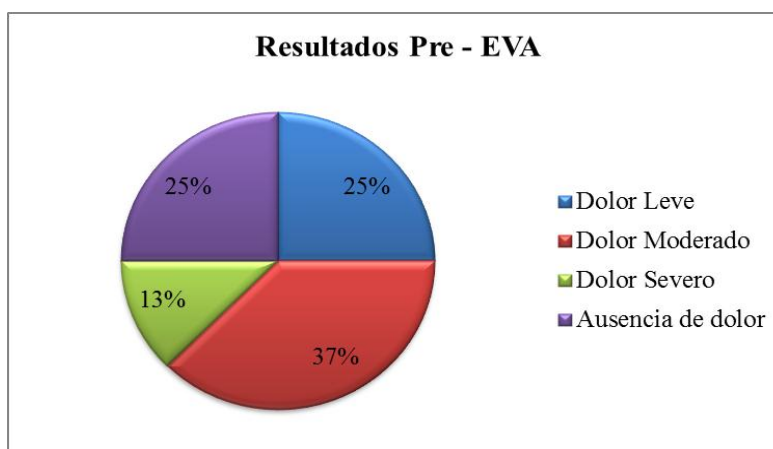


Figura 7. Resultados Pre – EVA

- Resultados de APGAR Familiar – Aplicación Pre

Con relación a los resultados de esta prueba, se observa que el 50% de los participantes indicó tener una relación normal con sus familiares, donde no se presenta mayores conflictos, el 38%

correspondiente a tres personas mostraron una disfunción familiar leve y el 12% restante correspondiente a una persona, refirió tener una disfunción familiar severa.

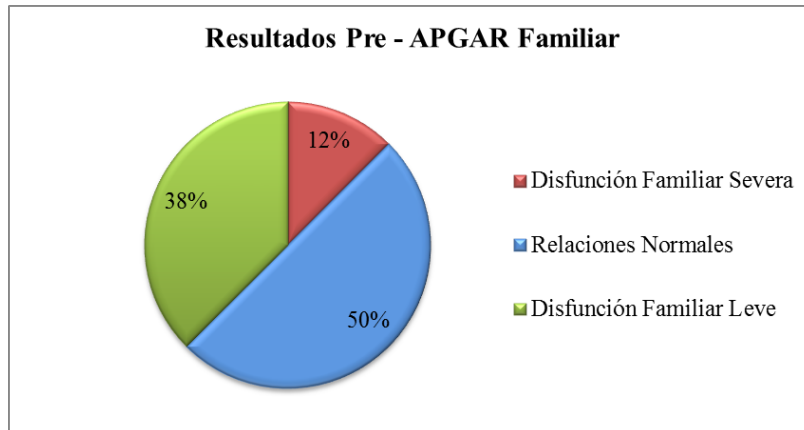


Figura 8 Resultados Pre - APGAR Familiar

4.2.2 Resultados Pruebas Post

Finalizado el proceso musicoterapéutico, se realiza la aplicación de las mismas pruebas que se hicieron iniciando el proceso. Dichas pruebas solo fueron aplicadas a siete personas, ya que por cuestiones personales no pudieron asistir tres personas del grupo.

- Resultados de Sobre Carga del Cuidador de Zarit – Aplicación Post

Los resultados finales indicaron que el 72% de los participantes, correspondiente a cinco personas, mostraron ausencia de sobrecarga, las otras dos personas correspondientes cada una al 14% mostraron un sobrecarga leve y una sobrecarga intensa.

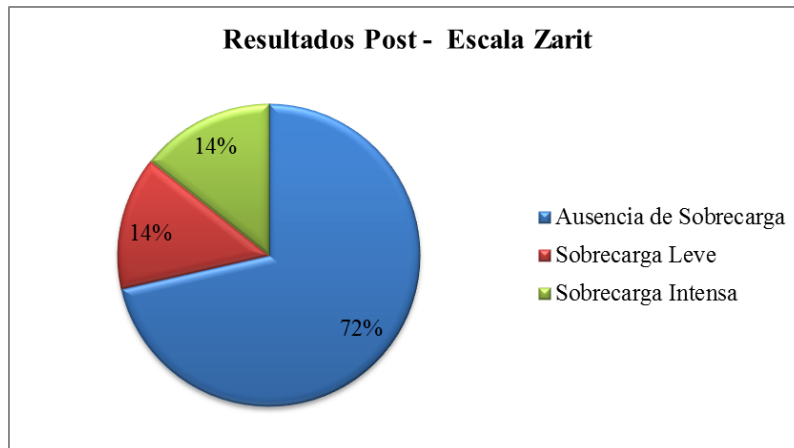


Figura 9. Resultados Post - Escala Zarit

- Resultados Escala visual análoga (EVA) – Aplicación Post

Los resultados finales en esta escala mostraron que un 43% correspondiente a tres personas referían tener un dolor físico con una intensidad leve, el 29% correspondiente a dos personas, indicaron no tener dolor, y las otras dos personas correspondientes cada una al 14%, refirieron tener un severo y un dolor moderado.

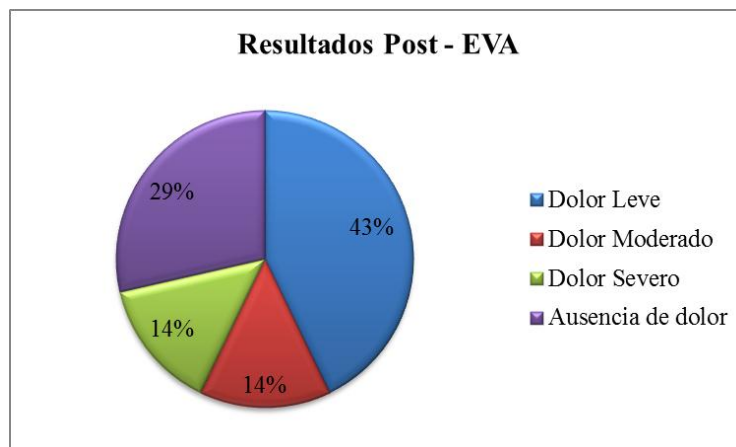


Figura 10. Resultados Post - EVA

- Resultados de APGAR Familiar – Aplicación Post

En cuanto a los resultados de esta prueba, se encontró que el 43% de la muestra correspondiente a tres personas, indico que sus relaciones familiares eran normales, el 29%

correspondiente dos personas manifestaron una disfunción familiar leve, el restante de la muestra correspondiente a dos personas, indicaron una de ellas relaciones disfuncionales severas y otra relaciones disfuncionales moderadas.

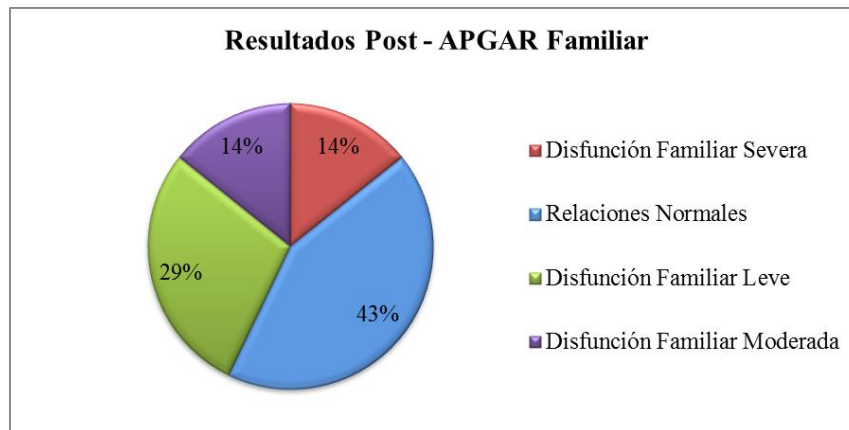


Figura 11. Resultados Post - APGAR Familiar

4.2.3 Análisis de Pruebas Pre y Post.

A continuación se presenta en la tabla 2, un análisis de las pruebas pre y post, reconociendo las diferencias entre ambas pruebas, cabe mencionar que en la primera aplicación se realizó a ocho personas y en la segunda se aplicó a siete personas.

Tabla 2. Análisis de Pruebas Pre y Post

Prueba	Pruebas Pre	Pruebas Post	Análisis
Sobre Carga del Cuidador de Zarit	5 personas indicaron ausencia de sobrecarga. 2 personas con sobrecarga leve. 1 persona con sobrecarga intensa.	5 personas indicaron ausencia de sobre carga. 1 persona con sobrecarga leve. 1 persona con sobrecarga intensa.	No se observan cambios significativos en esta prueba.
Escala visual análoga (EVA)	1 persona indicó dolor intenso. 3 personas indicaron	1 persona indicó dolor intenso. 1 persona indicó dolor	En esta prueba se observan cambios en la percepción del dolor físico, especialmente en pasar de un dolor moderado a

	un dolor moderado. 2 personas indicaron dolor leve. 2 personas ausencia de dolor.	moderado. 3 personas indicaron dolor leve. 2 personas ausencia de dolor	uno menor, catalogándolo como leve. De igual manera una participante en la prueba inicial indicó dolor leve y en la post refirió a ausencia de dolor. La persona que manifestó dolor intenso, permanece con esta misma percepción antes y después del proceso.
APGAR Familiar	4 personas refirieron una relación normal con familiares. 3 personas refirieron relaciones disfuncionales leves. 1 persona refirió relación disfuncional severa.	3 personas refirieron una relación normal con familiares. 2 personas refirieron relaciones disfuncionales leves. 1 personas refirió relación disfuncional severa. 1 persona refirió una relación disfuncional moderada.	No se observan diferencias en las personas que habían indicado relaciones normales en su familia, sus respuestas fueron iguales en ambas pruebas. Se observa una diferencia en una participante que había mencionado sus relaciones familiares disfuncionales de manera leve, sin embargo en la prueba post indicó su relación familiar como disfuncional moderada, posiblemente se sienta con mayor confianza de expresar sus conflictos familiares y tenga mayor conocimiento de lo que significa una red de apoyo.

Como se puede observar en la tabla anterior, se muestran cambios significativos en la Escala Visual Analógica, donde los resultados indican cambios positivos luego del proceso musicoterapéutico, en el APGAR familiar solo se observa un cambio significativo en una participante, las demás pruebas no tuvieron cambios importantes.

4.3 Resultados Cualitativos - Análisis de la Producción Musical

4.3.1 Análisis de la producción musical - Sesión 1.

Siendo la primera sesión, se observó que los participantes escogieron instrumentos de percusión menor y en su mayoría de fácil manipulación, donde pudieron explorar sus sonidos, algunos de forma tímida. Además se observó que se les dificultaba seguir ritmos, en general al grupo no lograba sincronizar, donde es evidente la poca escucha entre ellos.

Las improvisaciones individuales tienen una duración muy corta de 7 a 10 segundos, donde se observa en su lenguaje corporal timidez, sin embargo la improvisación grupal tiene una duración mayor, aproximadamente 4 minutos, donde se utilizan diferentes dinámicas musicales, variando su intensidad; iniciando en piano y pasando a forte, de igual forma se proponen algunos cambios de tempo.

En las improvisaciones corporales requieren modelamiento de la musicoterapeuta, sus movimientos son simples, mostrando timidez.

En cuanto a la re-creación, al inicio se dificulta la sincronización del canto en el grupo, hay variaciones tonales, cantan con una intensidad en mezzopiano y poco a poco van subiendo su tono de voz, se les dificulta mantener el tiempo de la canción.

4.3.2 Análisis de la producción musical - Sesión 2.

En el setting se colocan instrumentos de percusión y melódicos, se observó que la mayoría de los participantes tienen preferencia por instrumentos de percusión menor y de pequeño tamaño, de igual manera se observó que aunque se da la oportunidad de cambiar instrumentos en la sesión no lo realizan, la mayoría conservan el instrumento que tomaron inicialmente. En esta sesión continúan con la exploración, lo cual es adecuado que se realice en la fase de valoración.

Durante la actividad de juego de director, al inicio su intención de comunicar parece exploratoria, pero a medida que va avanzando la actividad, observó a los participantes más cómodos al comunicarse sonoramente con el grupo. La dinámica depende del director y los demás participantes intentan realizar lo que éste pide sonoramente, pueden sincronizar y varían en volumen e intensidad. Estas improvisaciones tienen una duración de 40 a 55 segundos.

En la re-creación, a través de una canción dedicada se observó timidez en el uso de la voz, sus canciones tienen una duración aproximada de 32 a 54 segundos, la intensidad es piano, todos los participantes utilizan la voz es de pecho. Durante el canto final, que se realizó en grupo, los participantes se muestran más tranquilos, aumenta su volumen de voz, cantan con una intensidad mezzoforte.

4.3.3 Análisis de la producción musical - Sesión 3.

Los participantes mostraron timidez en uso del cuerpo durante la improvisación corporal. Con relación a la improvisación instrumental, prevalece el uso de instrumentos de percusión menor, algunos participantes tienen a tomar los mismos instrumentos que en las sesiones anteriores, sin embargo hubo participantes que tomaron otros instrumentos y exploraron sus sonidos.

Durante la improvisación referencial, al representar emociones de manera descriptiva por medio de un instrumento, se observó dificultad en algunos participantes; donde realizaban sonidos sin una intención clara, sin embargo las improvisaciones fueron más largas cuando la consigna buscaba sonorizar las estrategias de afrontamiento que utilizaban, aproximadamente su duración era casi de un minuto, prevalece el volumen bajo en improvisaciones individuales, mientras que en improvisaciones grupales se observó mayor confianza, aumentando la intensidad en las mismas.

4.3.4 Análisis de la producción musical - Sesión 4.

Para esta sesión se lleva al setting instrumentos nuevos para los participantes, como pandero, campanas y boomwhackers, el grupo se mostró cómodo al explorar los instrumentos. En la primera actividad en la cual una persona dirigía a los demás por medio del pandero, algunos participantes realizaron patrones rítmicos conocidos; las improvisaciones continuaron siendo cortas de 10 a 40 segundos, tendían a pasar rápidamente el pandero para dejar de ser el quien lideraba al grupo, sin embargo variaban en tempo de lento a allegro.

Durante la actividad con las campanas y los boomwhacker a través de juego de director con colores, se observó que los participantes aún se mostraban tímidos al dirigir musicalmente al grupo, aunque su expresión facial sugería alegría, posiblemente no había aún faltaba mayor confianza, además no hay sincronización musical y sus improvisaciones tenían una duración muy corta.

En cuanto a la re-creación, los participantes cantaban un fragmento que querían dedicar al grupo, se observó que algunos de ellos iniciaban con un poco de inseguridad, cantando con un volumen bajo, sin embargo el grupo daba soporte con una intensidad fuerte, donde quien había propuesto la canción podía cantarla con mayor gusto, aumentando su intensidad, algunas personas se acompañaban de instrumentos, dependiendo del ritmo de la canción.

4.3.5 Análisis de la producción musical - Sesión 5.

Al inicio de la sesión se hace uso del método receptivo, se coloca música pregraba de la historia musical del grupo que le recuerde a la persona que tienen a su cuidado, los participantes se mueven por el espacio, algunos de manera tímida, pero atentos a la música, otros se mueven al ritmo de las canciones.

Posteriormente se realiza una improvisación referencial donde se les pide tocar una emoción asociada a la persona que tienen a su cuidado, algunos participantes toman instrumentos que le

recuerdan a su familiar, intenta describir musicalmente la emoción, posteriormente ellos verbalizan lo que desean expresar, la mayoría de las personas tocan con una dinámica en piano, pocos tocan en mezzoforte.

Posteriormente en parejas realizan la recreación de una canción dedicada a la persona que tenían a su cuidado, algunas re-creaciones son de corta duración; 10 segundos, mientras que otras podían durar 50 segundos, se veían motivados cuando observaban que los demás participantes los acompañan con el canto.

Al finalizar la sesión, se realiza la re-creación grupal de una canción, escogida por una de las participantes, se observó mayor confianza en el grupo, aunque para algunos era desconocida la letra de la canción, mantenían una intensidad fuerte, además intentaba seguir el ritmo y la melodía.

4.3.6 Análisis de la producción musical - Sesión 6.

En la Improvisación corporal mostraron mayor confianza realizando más movimientos que en sesiones anteriores, realizando mayor contacto visual el otro y mayores movimientos asociados a las emociones, al inicio algunos participantes se mostraron tímidos, se tuvo que repetir la consigna hasta que lograron interiorizarla y expresarla con su cuerpo. Aunque durante esta actividad lograron utilizar más fácilmente su lenguaje corporal para expresar emociones, siempre fue acompañado de la verbalización.

En la segunda actividad realizada en tríos, se observó que los participantes expresaron sonoramente y a través del cuerpo las emociones, esto lo realizaron de forma más sencilla que la actividad inicial, donde utilizaron más sus expresiones gestuales, estas improvisaciones referenciales corporales e instrumentales tuvieron una duración mayor en comparación a las sesiones anteriores, que van desde 10 segundos hasta dos minutos 30 segundos, donde los

participantes utilizaron diferentes matices musicales, tanto en intensidad como en tempo con el fin de comunicar al grupo lo que deseaban.

Posteriormente, durante las improvisaciones individuales, se mostraron más cómodas al cambiar de instrumentos, sin embargo sus improvisaciones tuvieron una corta duración, aproximadamente de 5 a 45 segundos con una dinámica en piano, mezzoforte y solo un participante en forte, algunos participantes plantearon un patrón rítmico.

Al finalizar se re-creó la canción “Al sur” que hacía parte de la historia musical del grupo, los participantes siguen la melodía y el ritmo, al inicio cantaron con un poco de inseguridad, pero al repetir la canción, cantaron con un volumen alto, con la capacidad de autoconocimiento, autoobservación, estrategias de afrontamiento, regulación emocional y por su puesto como la más importante, los rasgos potenciales (potencialidades salutogénicas) de su musicalidad.

4.3.7 Análisis de la producción musical - Sesión 7.

Al inicio de la sesión con la improvisación corporal los participantes se mostraron cómodos al proponer movimientos y al seguir al otro, lo que demostró mayor confianza en el grupo.

Posteriormente se realizó la escucha de las biografías musicales de cada participante, donde se observó al grupo atento, la expresión facial mostraba alegría, además cuando conocían la canción podían seguir la letra, cantando con un volumen alto y seguían el ritmo con su cuerpo.

4.3.8 Análisis de la producción musical - Sesión 8.

Se hace uso de la improvisación referencial, donde los participantes describen por medio de un instrumento a la persona de su derecha, una de las participantes utiliza una melodía conocida (campanero) para realizar su descripción, otras personas utilizan diferentes matices con el fin de poder comunicar lo que desean, variando en tempo, la mayoría permanece con una dinámica forte y mantiene el contacto visual mientras realiza la improvisación, aunque dichas improvisaciones

tienen una corta duración entre 20 a 45 minutos, se percibió una clara intención de comunicarse con el grupo.

Posterior a la realización de un collage sobre su yo real e ideal, cada participante sonorizó su collage, dichas improvisaciones fueron muy cortas, utilizaron diferentes ritmos, algunos crearon un motivo musical que los definiera, se observó que para algunos participantes fue más fácil realizar esta actividad que para otros.

4.3.9 Análisis de la producción musical - Sesión 9.

En el caldeamiento con improvisación corporal, el grupo mostró mayor confianza al utilizar su cuerpo, realizando cómodamente movimientos.

Posteriormente con un juego musical, los participantes re-crearon diferentes canciones que hacían parte de su historia o su gusto musical, cuando cantaban lo hacían con un volumen alto, manteniendo la melodía original de la canción.

En el canto de la canción “yo me llamo cumbia”, propuesta para realizar la parodia de canción, se canta inicialmente en a capela donde algunos participantes cantaban en forte, ya que conocían la melodía, mientras que otros mantenían un volumen bajo. Sin embargo, al repetirla ahora con acompañamiento rítmico con guitarra, los participantes lograron aumentar el volumen de su voz y cantar con mayor seguridad.

Durante el cambio de la letra, la mayoría se muestra atento y propositivo, intentando seguir la línea melódica y mantener el ritmo. Al re-crear su composición se observa al grupo cómodo al cantar y su expresión facial denota tranquilidad con el trabajo realizado.

4.3.10 Análisis de la producción musical - Sesión 10.

En el caldeamiento de esta sesión los participantes se hicieron en parejas, donde crearon patrones ritmos para guiar a una persona que tenía los ojos cubiertos, algunos participantes se les

facilitó ubicar fácilmente a su pareja con los sonidos, sin embargo se presentó dificultad con uno de los participantes que tenía problemas auditivos, sin embargo logra culminar la actividad.

Posteriormente haciendo uso del método receptivo, a través de diferentes melodías pregrabadas se trató de generar un estado de malestar en los participantes, todo el grupo mantuvo una escucha activa. Luego de realizar esta escucha los participantes hicieron una improvisación referencial representando la emoción que despertó las canciones escuchadas, las improvisaciones, en su mayoría fueron de mayor duración en comparación con otras improvisaciones individuales, donde el grupo pudo expresar fácilmente lo que deseaba, tomando diferentes matices musicales.

Luego realizaron una dramatización de un cuento ya creado, donde debían sonorizar y actuar; los participantes tuvieron mayor expresión corporal y utilizaron la música con mayor prevalencia para representar las emociones y las situaciones que querían comunicar, esto se hizo con ayuda de la musicoterapeuta en formación, cabe mencionar que voluntariamente utilizaron sonidos vocales.

Para finalizar se realiza el canto de la compasión que ya habían creado en otra sesión, al inicio de la re-creación los participantes reflejan inseguridad, manteniendo un volumen bajo, se les dificultó seguir la melodía, así como mantener el ritmo, inician cantando con una dinámica piano, luego pasan a mezzoforte. Sin embargo al cantar nuevamente la composición, lograron cantar con mayor seguridad aumentando el volumen de su voz y mantienen el tiempo y pueden conservar el motivo musical.

4.3.11 Análisis de la producción musical - Sesión 11.

El caldeamiento buscó motivar a los participantes a utilizar la voz a través de un ritmo de trova (típico en el departamento de Antioquia), para hacerlo se inició tarareando varias veces la melodía, como los participantes mostraron temor en cantar, se les pidió que respondieran al canto

con un sonido con su cuerpo en forma de percusión, poco a poco empezaron a seguir el motivo melódico con su voz, luego de tener memorizado este motivo, los participantes crearon una composición, la cual tuvo el apoyo de la musicoterapeuta. En la realización de la composición cada participante pudo crear su composición sin dificultad.

Posteriormente, cada participante cantó su composición recordando la estructura melódica propuesta, en estas re-creaciones individuales se observó inseguridad en la mayoría de los participantes, donde la mayoría conservó una intensidad piano y volumen bajo, además su expresión corporal mostró timidez.

Para finalizar se realizó la re-creación de composición “yo me llamo vida” realizada con parodia de canción en sesiones anteriores, el grupo cantó con una intensidad fuerte, se observó tranquilidad al cantar y fueron propositivas en cambios que dieran mayor estructura a la canción.

4.3.12 Análisis de la producción musical - Sesión 12.

El caldeamiento se realizó utilizando el método de improvisación referencial, donde los participantes musicalizaron la emoción que sentían por la persona que tenían a su cuidado, estas improvisaciones individuales, aunque cortas en duración mostraron mayor intención en comunicar al grupo lo que realmente sentían, por tanto buscaron diferentes tempos para poder expresarse.

Posteriormente se realizó una composición con parodia de canción, teniendo como base la canción “soy colombiano”, de hacía parte de su historia musical. Para iniciar el grupo cantó a capela la letra de la canción original, con fin de recordar la estructura melódica y rítmica, donde se observó dificultad en seguir el motivo musical y conservar el tempo, posiblemente porque no recordaban la letra de la canción. Durante la creación de la letra, la musicoterapeuta reproduce la

canción original, el grupo se motiva unos a otros, brinda soporte para que todos puedan aportar a la canción. Esta composición la realizan basada en diferentes emociones.

Finalmente, cuando re-crean la composición los participantes utilizan una dinámica fuerte, se observa seguridad y comodidad al cantar, además satisfacción por el trabajo realizado.

4.3.13 Análisis de la producción musical - Sesión 13.

La sesión comenzó haciendo uso del método receptivo, donde se utilizó una canción pregrabada y se le pidió a los participantes escuchar atentamente la letra de dicha canción. Los participantes mantuvieron la escucha activa, sin embargo algunos mostraron inconformidad por el ritmo de la canción. Seguido a esto se les pidió a los participantes improvisar las sensaciones y emociones detectadas, el grupo realizó improvisaciones cortas, con una duración de 5 a 20 segundos, pero centradas en utilizar matices que pudieran dar cuenta de lo que querían comunicar.

Posteriormente, en parejas se les pidió representar corporalmente y por medio de la música dos situaciones donde ellos habían sentido sentimientos de culpa, los participantes se mostraron cómodos con el uso del cuerpo, se observó mayor expresión facial, en comparación del inicio del proceso musicoterapéutico.

Luego de esto, se les pidió realizar una composición que pudiera dar cuenta de cómo resolver la situación representada, se le da la opción de dos ritmos bambuco o vals, la musicoterapeuta brinda soporte durante la creación de la letra, todos los participantes lograron crear motivos musicales respetando la consigna; unos en forma de poesía y otros siguiendo estructuras musicales conocidas.

Finalmente, en la re-creación de la composición todos los participantes cantaron con una dinámica fuerte, manteniendo un tono de voz alto, su expresión facial y corporal mostró comodidad por lo creado, se felicitan y se motivan unos a otros.

4.3.14 Análisis de la producción musical - Sesión 14.

Se inició la sesión con el método receptivo y la improvisación corporal, donde los participantes caminaban por el espacio y proponían movimientos. Durante esta actividad se observó que las personas fueron más propositivas en el uso del cuerpo, su expresión corporal mostró tranquilidad y comodidad.

En la siguiente actividad, donde realizó un juego de roles, los participantes se mantuvieron atentos y realizaron las improvisaciones instrumentales dadas a la consigna, buscando sonorizar adecuadamente, con el fin de guiar a su compañero.

Con relación a la improvisación grupal referencial, dada al sentimiento de frustración esta tuvo una duración de un minuto y medio, donde todos los participantes tocaron con una intensidad fuerte en tempo presto, intentando representar musicalmente lo que se les había pedido.

Posteriormente, en su segunda improvisación en parejas, los participantes se fijan en representar musicalmente la consigna: “como se sintieron al sacar la frustración”, estas improvisaciones tuvieron un tempo más andante, la intensidad fue mezzoforte y tomaron instrumentos que pudieran dar la sensación de tranquilidad, como palos de agua y metalófono, lo cual reflejó que sus improvisaciones tenían la intención de comunicar un mensaje.

Para finalizar, se trabajó nuevamente en una composición que se venía realizando en sesiones anteriores, a través de parodia de canción sobre la base de “soy colombiano”, los participantes se mostraron atentos en la creación de la letra, la cual se hizo a través de lluvias de ideas. En la re-creación de ésta, al inicio no lograban sincronizar su voz, pues algunos empezaban en diferente

tiempo, además aún no tenían memorizada la estructura melódica, posteriormente, luego de repetirla varias veces, los participantes aumentaron el volumen de su voz y cantaron con mayor seguridad y comodidad.

4.3.15 Análisis de la producción musical - Sesión 15.

Al iniciar la sesión se realizó una improvisación vocal grupal, donde inicialmente se mantiene una base tonal, poco a poco se cambia de tonalidad y se van incluyendo otros sonidos, inicia con “aaaaaa” luego “mmm”, algunos participantes incluyen sonidos diferentes pero en su mayoría permanecen haciendo lo mismo que propone la musicoterapeuta, la intensidad fue mezzopiano y su duración fue de cuatro minutos.

Posteriormente, se realizó a través del método receptivo una relajación progresiva de Jacopson, todos se mantienen atentos y realizan la actividad siguiendo las instrucciones dadas.

Luego de esto, se les pide realizar una improvisación referencial de acuerdo a las emociones sentidas durante la relajación, las improvisaciones individuales tuvieron una duración aproximada de 10 y 40 segundos, aunque fueron cortas se observó una intención en compartir y comunicar musicalmente, además buscaron instrumentos que dieran una sonoridad acorde a lo que buscaban representar, por tanto compartieron instrumentos.

4.3.16 Análisis de la producción musical - Sesión 16.

Se inició con el método receptivo, haciendo uso de la relajación corporal guiada, apoyada por el instrumento de palo de agua, aquí los participantes se mantuvieron atentos a realizar lo escuchado, la postura corporal reflejaba tranquilidad.

En las improvisaciones instrumentales individuales fueron cortas, la forma de tocar los instrumentos, parecía mecánica para algunos participantes, mientras que otros tocaban de manera convencional pero haciendo una descripción acorde a la consigna.

Con relación a las improvisaciones corporales, duración fue corta, aproximadamente 2 a 20 segundos, aunque también se esperaba sonorizar, tuvo mayor relevancia el uso del cuerpo, aquí los participantes se mostraron cómodos y seguros al expresarse.

4.3.17 Análisis de la producción musical - Sesión 17.

Se inició con el método recreativo donde los participantes buscaron canciones asociadas a su red de apoyo, se observó timidez en el canto, por tanto ellos buscaron otros medios con el uso de la tecnología; colocando las canciones en su celular para que los demás la escucharan.

En cuanto a improvisación referencial asociada a una emoción de su red apoyo, los participantes tomaron instrumentos que pudieran representar adecuadamente estas sensaciones, no obstante sus improvisaciones fueron cortas en su duración y algunas realizadas de manera mecánica.

Se observó una diferencia con esto, en los diálogos instrumentales, donde los participantes mostraron mayor intención de comunicar al grupo emociones y sensaciones, además utilizaron su cuerpo como complemento de expresión.

Finalmente, se realizó una improvisación grupal, donde inició con una intensidad fuerte y un tempo prestissimo, mostrando mayor tensión, posteriormente los participantes fueron llegando a la sensación de tranquilidad, implementando tempos como andante, allegro y finalmente el lento, así como una dinámica mezzoforte y mezzopiano, siempre conservando un volumen medio. La duración de esta improvisación fue mayor a cuatro minutos, es decir que fue larga en comparación a otras sesiones, se observó un avance en proponer otros sonidos, ritmos y matices, así como en permanecer mayor tiempo en la improvisación, lo cual podría indicar mayor confianza tanto con el grupo como con ellas mismas al mostrar su propia musicalidad.

4.3.18 Análisis de la producción musical - Sesión 18.

Para dar inicio a la sesión se realizó una improvisación corporal, la musicoterapeuta propone ritmos corporales, los participantes la imitan; al principio se les dificultaba seguir el ritmo propuesto, posteriormente luego de realizarlo varias veces, pueden hacerlo sin dificultad, el grupo se mostró tranquilo al utilizar su cuerpo.

Luego los participantes se organizaron por parejas, donde realizaron una composición; dos grupos utilizaron la parodia de canción, cambiaron la letra de la canción “la bamba” y de la canción “libre” de Nino Bravo, el tercer grupo realizó una canción estilo poesía hablada. Cabe mencionar que en todas las composiciones, los participantes crearon la letra acorde a la consigna dada.

En la re-creación de sus composiciones, los participantes cantaban con mayor seguridad en comparación a sesiones anteriores donde utilizaron su voz, utilizaron una dinámica mezzoforte y buscaron seguir el motivo rítmico y melódico de la canción original.

Finalmente, los participantes re-crearon la canción “el tamborilero” un villancico navideño que escogieron para cantar en su muestra final, al inicio del canto se observó inseguridad, posiblemente por el desconocimiento de la letra y la melodía, por tanto se colocó la canción original para que ellos la escucharan, luego de esto los participantes hicieron algunos arreglos a su canción para coordinar mejor su canto. Se cantó la canción varias veces, donde ya aumentaron el volumen de su voz y cantaron con una dinámica fuerte, conservando el ritmo.

4.3.19 Análisis de la producción musical - Sesión 19.

Se dio inicio cantando las composiciones creadas en sesiones anteriores: “yo me llamo vida” y “en tu compañía”, donde los participantes mostraron seguridad en el canto, buscaban sincronizar su voz, mantuvieron la estructura de la canción, conservando el ritmo y la melodía.

Se realizó la escucha de las improvisaciones individuales hechas inicialmente en el proceso, el grupo se mantuvo atento en la escucha.

Posteriormente, se realizó una improvisación referencial, los participantes tomaron instrumentos y los exploraron con el fin de verificar si eran los adecuados para representar sonoramente la consigna dada; decir el nombre y hacer sonido que lo identificara. Se observó que las improvisaciones fueron más largas, con mayor intención de comunicar al grupo, buscaron mayores matices: algunos crearon motivos rítmicos, la persona que tenía el metalófono tocó diatónicamente de manera ascendente y descendente.

Finalmente, el diálogo cantado sobre ritmo de trova se observó a los participantes tranquilos con el uso de la voz, algunos al inicio mostraban timidez, sin embargo al ver la motivación del grupo lograban cantar con más seguridad, se mantuvo una intensidad mezzopiano y mezzoforte, la mayoría de los participantes cantaron siguiendo la melodía propuesta, otros dieron el mensaje de forma hablada.

4.3.20 Análisis de la producción musical - Sesión 20.

En esta sesión se realizó un ensayo de las composiciones creadas y el canto de un villancico, con el fin de re-crearlas en una muestra que propuso el grupo. Los participantes se mostraron seguros, cantaron una intensidad fuerte, al inicio les costó sincronizar la voz pero rápidamente lograron cantar con mayor coordinación. Debido a que dos participantes propusieron bailar en la muestra, se solicitó apoyo de una co-terapeuta, con el fin de tener dos instrumentos para llevar a cabo dicho baile, sin embargo este apoyo rítmico en guitarra se tuvo durante las tres canciones.

4.3.21 Análisis de la producción musical - Muestra final.

Los participantes se mostraron cómodos y tranquilos durante la muestra, cantando con una intensidad fuerte, siguiendo la estructura rítmica y melódica. Se observó sentido de pertenencia en

las canciones propuestas y su expresión facial denotó alegría al terminar de cantar sus composiciones. En esta muestra se contó con la participación de una co-terapeuta para acompañamiento en guitarra, con el fin de que en una de las composiciones la musicoterapeuta a cargo acompañe con el llamador una canción tipo cumbia y las participantes puedan realizar un baile que tenían previsto.

4.4 Resultados Cualitativos de las Encuestas de Satisfacción

Con relación a los resultados de las encuestas, se encontró:

- En la primera pregunta, aunque todos los participantes comentaron que los instrumentos fueron adecuados, algunos participantes indicaron que les hubiera gustado tener mayor variedad, especialmente instrumentos más grandes.
- En la segunda pregunta, todos los participantes indicaron que el espacio era adecuado para realizar las sesiones, teniendo en cuenta el número de personas que asistían, sentían que era un lugar donde tenían privacidad, era cómodo y podían relacionarse entre sí.
- En la tercera pregunta, respecto a la forma de dirigir las sesiones por parte de la musicoterapeuta en formación, comentaron que las sesiones fueron dinámicas, percibían que lograron los objetivos propuestos, además refirieron que se observó dominio del tema y una actitud positiva durante las sesiones, mostrando un buen manejo de grupo.
- En la cuarta pregunta, referente al trato de la musicoterapeuta en formación con el grupo durante las sesiones, la mayoría comentó que se mostraba paciente, comprensiva, motivaba a la participación, así como era amable, tranquila, escuchaba sin presionar y comprometida.
- En la quinta pregunta, con relación a los aportes y sugerencias, ocho participantes responden de forma afirmativa, relacionando aspectos positivos de la musicoterapeuta en

formación, una persona refirió que en algunas ocasiones era difícil poner de acuerdo a todos los participantes para realizar las actividades.

- En la sexta pregunta, se indaga respecto a las expectativas previas a la intervención en musicoterapia, comentaron a grandes rasgos que se enfrentaba a una nueva experiencia, como manejar los sentimientos negativos (culpa, dolor) mejorar el estado de ánimo, donde pensaba inicialmente que se trataba de una clase profesor-alumno, pero luego de conocer el proceso les gustó la dinámica y conocer que era algo terapéutico, donde pudieron desahogar los sentimientos, conocer temas relacionados con el cuidador.
- En la séptima pregunta, respecto a si consideran que las expectativas se cumplieron, los participantes dan una respuesta afirmativa, comentando que aprendieron cosas nuevas, despejaron dudas, expresaron cosas que estaban guardadas, identificaron sus límites y las cosas que podían mejorar.
- En la octava pregunta, respecto al tiempo de duración de las sesiones, los participantes reportaron que el tiempo era el adecuado.
- En la novena pregunta, se indaga si recomendarían a otras personas a asistir a procesos de musicoterapia, los participantes respondieron de forma afirmativa, comentando que es espacio que les permite explorar las emociones y sanar heridas.
- En la décima pregunta, respecto a observaciones y sugerencias, algunos participantes comentaron que les gustaría continuar en otros procesos de musicoterapia que se realicen con cuidadores.

4.5 Resultados Cualitativos de las variables intervinientes

Es importante recordar que la variable dependiente de este estudio es Sobrecarga física y emocional, para lo cual se tuvo en cuenta variable independiente la musicoterapia y sus variables

intervinientes que pudieran incidir sobre ésta, a continuación, se presenta un análisis de los resultados cualitativos observados sobre las variables intervinientes autoconocimiento, emociones y estrategias de afrontamiento.

4.5.1 Variable interviniente: Autoconocimiento.

En las primeras sesiones se observa dificultad para reconocer aspectos positivos propios (valores, fortalezas y motivación); en la exploración del cuerpo realizada a través de improvisaciones, la mayoría de los participantes son rígidos, con pobre movimiento libre de las extremidades, además se observó poco contacto físico entre ellos, dificultad en realizar expresiones gestuales y timidez en el uso de la voz, cantaban con un volumen bajo. Se observó timidez en el grupo en las actividades que requerían de liderazgo y manejo del grupo, donde pocos querían asumir ese rol de forma voluntaria, cuando lo hacían sus participaciones eran cortas; escogen instrumentos de percusión menor en su mayoría con tamaño pequeño, de fácil manipulación, de igual forma se observa que escogen siempre los mismos instrumentos y no los comparten con los demás compañeros.

Posteriormente, a lo largo del proceso, se observan cambios en los participantes, ya que logran reconocer con mayor facilidad aspectos positivos propios y de los otros, se observó mayor libertad en los movimientos corporales y gestuales, donde podían explorar su cuerpo con mayor tranquilidad y respeto de sí y del grupo. En las actividades que requiere de liderazgo ellos mismos se auto-postulan para las actividades, se ve mayor confianza en las propuestas musicales que hacen de forma autónoma y grupal, hay mayor exploración de instrumentos, escogen nuevos instrumentos, utilizan la voz, comparten instrumentos y sus propuestas musicales más largas.

4.5.2 Variable interviniente: Emociones.

En las primeras sesiones se observa cierta resistencia en cuanto a la exploración de las emocional en algunos de los participantes, ya que algunas personas reportan que no es bueno sentir las, por el contrario la persona debe ser fuerte para la persona que depende de ellos, teniendo en cuenta, que la mayoría cuida a su mamá o un familiar muy cercano. En la identificación de emociones realizada con cuerpo e instrumentos, los participantes se les facilita reconocer y expresar las emociones de alegría, tristeza y rabia, otras se dificultan emociones como desagrado y nostalgia muestran mayor dificultad en la ejecución y reconocimiento.

De igual forma, se exploró al inicio del proceso las emociones asociadas a la persona dependiente de su cuidado, los participantes refirieron tener emociones positivas como ternura y alegría, así como sentimientos como amor. También se indagó las emociones asociadas hacia su red de apoyo; donde se encontraron emociones y sentimientos positivos como amor, alegría y tranquilidad y otras negativas como soledad, abandono, rabia, culpa, frustración y dolor.

Ahora bien, durante el proceso se aprecia un cambio en el reconocimiento de las emociones, donde el grupo empezó a tener mayor aceptación de éstas, independientemente de que sean positivas o negativas, de igual forma se observó mayor facilidad en la expresión emocional a través de la sonorización con instrumentos y la representación corporal de las mismas.

Además, las improvisaciones grupales funcionan para dar libertad en la expresión emocional, funcionando como un proceso de catarsis emocional, los participantes lograron liberar emociones relacionadas con su red de apoyo por medio de las diferentes improvisaciones. Con el método de composición se plasman las emociones identificadas de sí mismos y lo relacionado también con su autoimagen en la composición “yo me llamo vida”. Además crean una canción llamada “en tu compañía” para la persona tienen su cuidado, relacionando en su letra sentimientos y emociones.

4.5.3 Variable interviniente: Estrategias De Afrontamiento.

En un primer acercamiento musical y corporal donde los participantes debían reconocer sus estrategias de afrontamiento, reconocieron el diálogo, el escape, la huida y la confrontación como forma de solucionar problemas asociados a la persona que cuidan y a su vida diaria, se observó poca creatividad a la hora de proponer soluciones, algunos empleaban mecanismos pasivos, otros activos con diferentes niveles de funcionalidad, algunas personas mencionaban soluciones donde prevalecía una emoción usualmente negativa como rabia, frustración, culpa; sin embargo en algunos momentos referirán soluciones que debían estar dadas a una conducta positiva como paciencia y la calma. Con relación a su red de apoyo algunos participantes reportaron formas negativas para solucionar sus conflictos, donde no llegaban a soluciones.

Durante el proceso, se observa mayor flexibilidad en el pensamiento a la hora de resolver problemas asociados al cuidado de su familiar o persona a cargo, muestran estrategias más creativas, donde se observa menos tensión gestual y corporal, además hay mayor exploración corporal e instrumental para abordar los mecanismos de control emocional, representándolos a nivel corporal, gestual, musical y verbal. Además en la resolución de conflictos se observa un mejor control de la situación, ampliando la forma de ver y afrontar una problemática, ello se concreta en la composición de una canción donde los participantes explican cómo lo pueden usar en la labor de cuidado, y reconocen que pueden utilizar estas mismas estrategias activas en otras situaciones. Expresan sentirse más tranquilos a la hora de abordar situaciones asociadas al cuidado, ya que cuentan con diferentes herramientas para poder afrontarlos.

Finalmente, se hace una liberación de aspectos negativos que la persona considera que no es útil para sus expectativas y motivaciones y gracias a una quema simbólica, ellos logran liberarse de lo negativo y permanecer en lo positivo, se observa un lenguaje corporal que denota tranquilidad, serenidad y una fuerte cohesión y soporte del grupal.

4.6 Resultados Cualitativos Generales del Proceso Musicoterapéutico

Luego de la aplicación de las entrevistas iniciales, el proceso musicoterapéutico se dividió en tres fases; valoración, central y cierre., las fases del proceso se encuentran en la figura 12.

Cabe mencionar, que durante la intervención, se implementaron los cuatro métodos musicoterapéuticos: composición, improvisación, recreativo y el receptivo (Bruscia, 2007), la recreación facilitó la interacción de los participantes, abordando temas relativos al cuidado, por su parte las experiencias receptivas y de improvisación buscaron despertar recuerdos, vivencias y/o emociones y la composición como medio para resignificar canciones de la historia musical de los participantes, expresar ideas, pensamientos y sentimientos hacia sí mismos y hacia las personas que cuidaban.

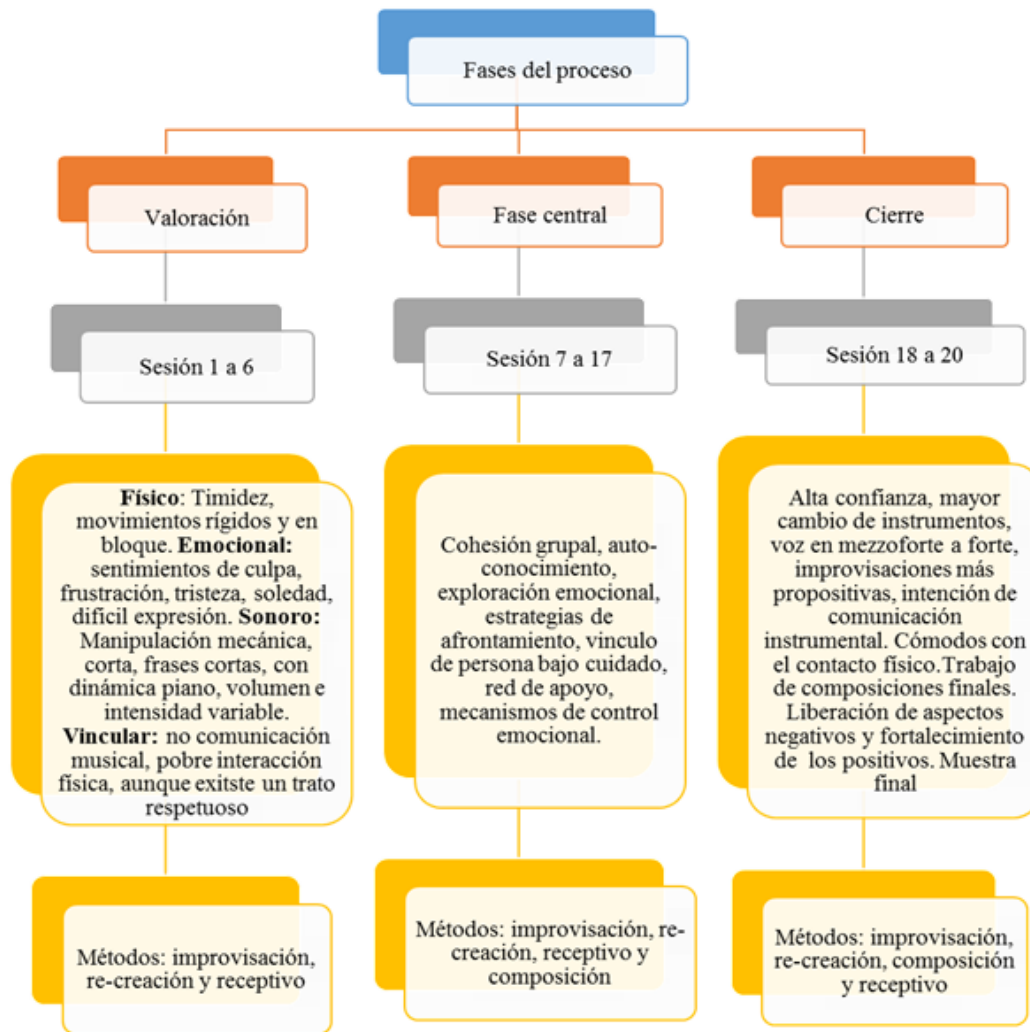


Figura 12. Fases del Proceso Musicoterapéutico

A continuación se presenta un resumen del proceso, donde se relacionan los objetivos, los métodos musicoterapéuticos utilizados, actividades y hallazgos importantes de las sesiones.

Tabla 3. Resumen del Proceso Musicoterapéutico

S	OBJETIVOS	MÉTODOS	ACTIVIDADES	HALLAZGOS
V A L	1. Promover el auto-reconocimiento musical inicial y activar procesos mentales superiores, para favorecer la exploración musical, procesos de escucha y cohesión grupal.	Improvisación instrumental y corporal. Re-creación	-Presentación con percusión corporal -Búsqueda de un sonido que los identifique -Improvisación grupal -Canto conjunto de "Pueblito"	-Se observa sentimientos de culpa, estrés y frustración -Red de apoyo disfuncional

O R A C I Ó N S E S I Ó N I A 6			viejo”	-Dificultad para control y manejo de emociones
	2.Facilitar procesos de comunicación musical para la identificación y expresión inicial de emociones e identificar los modos expresivos-receptivos. (Schapira 2007)	Improvisación corporal e instrumental	-Teléfono roto por medio de las manos -Juego de director -Representación corporal y musical de emociones. -Identificación y representación sonora de emociones que más los acompaña	-Reporte de enfermedad asociado al cuidado (somatización). -Dificultad en la coordinación, para seguir un ritmo y hacer dos tareas simultáneas
	3. Identificar y valorar las estrategias y/o estilos de afrontamiento a la que recurren los participantes, para determinar el tipo predominante del grupo.	Improvisación corporal e instrumental. Re-creación	-Escultor-estatua -Representación corporal y musical de estrategias de afrontamiento. -Sonorizar cuál de esas estrategias es la que más utiliza.	-Dificultad para diferenciar estímulos en los hemicuerpos. -Identifican diálogo, escape, confrontar -Cantan con timidez
	4. Incentivar el liderazgo y la toma de turnos, para mejorar la cohesión grupal y evaluar los comportamientos de los participantes en diversas situaciones.	Improvisación Re-creación	-Desplazamientos siguiendo un ritmo -Tocar canciones con campanas y juego de director -Canto de canciones a dedicar al grupo	-Se identifica las emociones que más los acompaña: miedo (2 personas), alegría (4 personas), tristeza, recurriendo a valores como la perseverancia, la fuerza, tranquilidad y el valor para afrontarlos.
	5. Promover la musicalización de una persona de su red de apoyo y la persona bajo su cuidado, para reconocer el estado de las relaciones con los familiares descritos anteriormente.	Improvisación Receptivo Re-creativo	-Se desplazan los participantes con música pregraba de la historia musical. -Sonorización de un familiar de su red de apoyo -Cantar como quiere sentirse con esa persona	
	6. Promover el desarrollo de competencias emocionales para facilitar la toma de conciencia y expresión de las emociones.	Receptivo Re-creación Improvisación	-Con música se mueven según 4 emociones -Presentan 1 emoción y valor musical y corporal -Sonorizan 1 emoción que los acompaña y que hacen cuando	

			aparece	
			-Se recrea "Al sur"	
I N T E R	7. Afianzar el reconocimiento musical propio y el de los demás participantes, para mejorar los procesos de identificación musical y la comunicación grupal música.	Improvisación	-Se repite un movimiento y tapping en el cuerpo	-Se sienten identificados al ser contemporáneos, emotivo, trajo recuerdos, asombro por las similitudes entre ellos y enriquecedor.
		Receptivo	-Escuchan las biografías musicales	
			-Reportan lo valioso de conocer y ser conocido	
V E N C I	8. Promover la identificación del yo real y el ideal, para facilitar el autoconocimiento.	Improvisación	-Se musicaliza a la persona de su derecha.	
		Receptivo	-Dibujo de silueta, real e ideal y collage que lo define	-Es importante que otros conocieran de sí mismos y su forma de ser, de expresarse y de ver la vida
			-Cada uno musicaliza el yo real	
Ó N S E S I	9. Promover la identificación del yo real centrado en el reconocimiento de fortalezas y debilidades de las participantes.	Re-creación	-Juego de buscar una canción con la palabra exacta	
		Improvisación	-Sonorizan 3 cualidades de la silueta	-Logran identificar emociones y plasmarlas en la composición
		Composición	-Cambio de letra sobre la base de la canción "yo me llamo cumbia"	
			-Cantan la composición	-Las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado son: MCA tranquilidad, EM entrega, unión, MEC intranquilidad, AM ternura, EL alegría y felicidad, CS comprensión, RC alegría y amor.
I N 7 A 1 7	10. Fortalecer los valores encontrados en el yo real, aplicadas en el afrontamiento de experiencias asociadas al cuidado para mejorar las competencias cognitivas y conductuales.	Improvisación	-Los ciegos encuentran al guía con ayuda de sonidos	
		Receptivo	-Se induce estrés y ansiedad, tocan como se sienten	
		Re-creación	-Se presenta 1 situación y crean una solución.	
			-Se recrea la composición "yo me llamo vida"	
			-Musicalizan 2 emociones asociadas al cuidado.	

11. Facilitar el reconocimiento de emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, para promover la exploración y control de los mismos.	Re-creación Composición	-Se canta trova para acercarlos al ritmo y fraseo -Escritura de versos (7 u 8 sílabas) a quien cuidan -Trovar lo que escribieron	-Mayor exploración de instrumentos -Mayor confianza vocal
12. Fortalecer el vínculo entre cuidador y persona dependiente, para facilitar la interacción diaria.	Improvisación Re-creación Composición	-Se canta la canción soy colombiano varias veces -Se rellena espacios de la misma canción -Se recrea la composición elaborada	-Mayor participación voluntaria
13. Promover la reestructuración cognitiva para la identificación y manejo de la culpa en los participantes, asociado a la persona bajo su cuidado.	Improvisación Receptivo Composición Re-creación	-Se induce a situaciones de culpa (con música) -Sonorizan la culpa. Se sonoriza y representa 2 conductas asociadas (positivo y negativo) -Escriben y cantan un fragmento de cómo cambiarlo	
14. Promover la modificación de esquemas cognitivos en cuanto a la estabilidad emocional para promover la autorregulación y fortalecer las estrategias de afrontamiento.	Receptivo Improvisación Re-creación	-Se induce a situaciones frustrantes (música) -Juego de rol cuidador y persona con EA para 1 tarea -Sonorizan las emociones cuando están frustrados -Se recrea “en tu compañía”	
15. Promover mecanismos de relajación en los participantes para lograr su exploración y aprendizaje como estrategia de afrontamiento, que les permita retomarlos de forma independiente por medio de ejercicios respiratorios, exploración corporal.	Improvisación Receptivo	-Exploración vocal guiada -Ejercicios de respiración y relajación muscular -Sonorizan como se sintieron y dicen cuando usarlo	

	16. Incidir sobre el procesamiento cognitivo y emocional en la conciencia de zonas de somatización para facilitar la detección de emociones y pensamientos que promueven su aparición y actuar sobre ellos, por medio del uso de técnicas de control emocional, la exploración corporal, el corpograma.	Receptivo Improvisación Composición Re-creación	-Conciencia corporal (música) y en el corpograma ponen zonas descritas con las emociones asociadas -Sonorizan las emociones y representan corporal 1 técnica de control emocional -Escriben y cantan una canción y el tamborilero	
	17. Facilitar procesos de expresión emocional de forma simbólica, hacia la red de apoyo de los participantes, para promover la catarsis emocional.	Receptivo Improvisación Re-creativo	-Cantan una canción que asocien a su red de apoyo -Sonorizan una emoción asociada a su red de apoyo -Improvisación de un diálogo con alguien de su red -Improvisación grupal de emociones negativas y positivas asociadas a su red	
C I E R R E 1 8 A 2 0	18. Facilitar la apropiación de los mecanismos de control emocional, para incentivar su aprendizaje y uso cotidiano.	Improvisación Composición Re-creación	-Percusión corporal y lluvia de ideas -Escriben el uso de las formas de control emocional -Cantan su composición y el tamborilero	-Mayor liderazgo de los participantes -Uso de los instrumentos con mayor confianza
	19. Integrar el trabajo de emociones y estrategias de afrontamiento para promover su afianzamiento.	Re-creación Improvisación	-Se recrea "yo me llamo vida" y "en tu compañía" -Escuchan la sonorización de sí mismos inicial y tocan el sonido que los identifica ahora -Se canta fortalezas de cada uno, escribiéndolos en una hoja (positivos y negativos en otra) -Se queman los negativos y se queda con lo positivo	-Cantan más seguros -Exploran con más libertad el cuerpo y gestos faciales
	20. Perfeccionar el aprendizaje de las canciones, para aumentar la confianza en los	Re-creación	-Se recrea y corrige el tamborilero, en tu compañía y	

participantes.	yo me llamo vida
Muestra: Socializar las vivencias de musicoterapia.	Re-creación
	-Se re-crea las composiciones finales -Comparten las vivencias y experiencias del proceso.

4.6.1 Valoración.

La fase de valoración se realizó en las seis primeras sesiones, donde se tuvo en cuenta cuatro dimensiones importantes del grupo; físico, emocional, sonoro y vincular, las cuales se encuentran descritas en la tabla 4. Se utilizaron actividades del método de improvisación, re-creación y receptivo, donde se observó a nivel general en los participantes timidez para involucrar su cuerpo y su voz, su expresión sonora no mostraba intención de comunicarse musicalmente, mantenían un volumen bajo en las diferentes improvisaciones y se observa poca escucha entre ellos.

Tabla 4. Valoración General Inicial

FÍSICO	EMOCIONAL	SONORO	VINCULAR
En percusión corporal, se observa notable dificultad para seguir los ritmos propuestos, así como en la coordinación oculo-manual, que requiere constante retroalimentación, para lograr unificar parcialmente el grupo; así como para ejecutar tareas diferidas (seguir un ritmo y hablar) o identificar estímulos táctiles diferentes o presentados en cortos períodos de tiempo a las manos. En las exploraciones corporales, se ven	Se observó un poco de timidez en la mayoría de los participantes, se les dificultó recordar los nombres del grupo, además mostraron dificultad para guiar a los demás en las diferentes actividades musicoterapéuticas. En la exploración de las emociones se observa timidez y dificultad para expresar musical y corporalmente, lo que deseaban representar, sin embargo los participantes reconocen fácilmente	<i>Preferencia:</i> Los participantes escogieron de percusión menor como claves, panderetas, caja china, maracas, marimbas, bongos, palo de agua, como instrumento melódico utilizaron un metalófono. <i>Manipulación:</i> fue convencional, de tipo mecánico, poca creatividad para proponer diferentes ritmos. <i>Producción:</i> dinámica variable (pasa de piano a mezzoforte), baja densidad sonora (volumen), sin pulso definido, frecuente variación en la intensidad y volumen de bajo a alto, en crescendo o	No hay intención de comunicarse entre ellos musicalmente por medio de los instrumentos, no hay escucha entre ellos durante las producciones musicales, se observa poca participación de todos. En general el grupo se muestra tímido y al inicio les cuesta relacionarse entre sí. Se promueve el contacto y trabajo grupal. Requieren constante modelamiento en las

<p>movimientos tensos, tímidos, con pobre movilidad de brazos y piernas (en bloque), sin embargo se desplazan por el espacio explorándolo con mayor libertad, se observó un poco de timidez en la realización de gestos faciales en la mayoría, poco contacto físico entre ellos y pobre exploración del equilibrio.</p>	<p>las emociones de alegría y tristeza, especialmente la nostalgia. Otras personas reconocen las demás emociones como miedo e ira y valores como perseverancia, fuerza, tranquilidad y el valor.</p> <p>Al evocar recuerdos asociados a familiares, una participante llora al expresar musicalmente y verbalmente.</p>	<p>decreciendo, poca cohesión musical, poca variación tímbrica, predomina el uso del estacato, negras, ostinatos, frases cortas, algunos ritmos preestablecidos culturalmente.</p> <p><i>Voz:</i> dinámica piano a mezzoforte, en el canto conjunto, se muestra uso de voz de pecho, con dificultades sincronizar especialmente en tempo andante y adagio, se observó poca escucha entre ellos.</p> <p><i>Duración:</i> en promedio las improvisaciones instrumentales fueron de 10 a 40 segundos (max 1 min) y la improvisación vocal grupal tuvo una duración aproximada de 4 minutos.</p>	<p>actividades, sin embargo los participantes respetan los turnos.</p> <p>El trato entre ellos es respetuoso, cada uno toma el liderazgo cuando es necesario, en lo vocal, hay 2 voces principales que los guían.</p>
--	--	--	---

Cabe mencionar que a nivel cognitivo todos los participantes mantienen sus funciones mentales superiores conservadas, sin embargo se observa un poco de dificultad en la memoria, la cual requiere mayor trabajo.

4.6.2 Fase Central.

La fase central se realizó a partir de la séptima sesión hasta la sesión número 17, se utilizaron los cuatro métodos musicoterapéuticos donde se fortalece la cohesión grupal, se trabaja con los participantes el autoconocimiento, donde ellos logran reconocer sus valores, fortalezas y motivaciones, de igual manera se trabajó las emociones a partir de la identificación y la exploración de éstas. Los participantes identificaron las estrategias de afrontamiento utilizadas y pudieron replantearse nuevas formas de asumir sus retos de manera positiva y activa. Además,

identificaron su red de apoyo y en sesiones se buscó el fortalecimiento de ésta, donde el grupo empezó a formar lazos; comienzan a brindarse apoyo y motivación unos a otros.

4.6.3 Cierre.

Finalmente la fase de cierre del proceso, se realizó a partir de la sesión 18 hasta la sesión 20, donde se siguieron utilizando los cuatro métodos y se observó un avance en su musicalidad especialmente en el uso de la voz, donde los participantes empezaron a cantar con mayor volumen, de igual manera las improvisaciones instrumentales y corporales tenían mayor intención y se hacían más fácilmente. De igual forma se observa mayor gusto por el contacto físico con el otro, se trabajan composiciones que fueron presentadas en una muestra final, luego del proceso, donde pudieron expresar ideas, pensamientos y sentimientos de ellos mismos y hacia las personas que tenían a su cuidado

4.7 Resultados Cualitativos de Casos Puntuales

A continuación se presentan los resultados de dos participantes de manera independiente, ya que se observó cambios importantes que vale la pena mencionar de manera individual, con el fin de dar cuenta del cumplimiento de los objetivos y los beneficios de la musicoterapia en esta población.

4.7.1 Participante XMC.

- a) Valoración: A nivel físico se observó momentos de exploración corporal con movimientos libres de miembros superiores y otros con tensión cervico-dorsal, su cuerpo refería timidez, esto también se observó en su expresión facial donde se ruborizaba al explorar su cuerpo y al hablar frente al grupo. A nivel emocional, reportaba sentimientos de culpa, tristeza, de no sentirse capaz, soledad y abandono de sus hermanas, no obstante

la participante era capaz de representar estas situaciones gestual, corporal y musicalmente. A nivel vincular, se observó poco interés de comunicarse con el grupo sonoramente, esta comunicación inter-musical solo la realizaba cuando era invitada por la musicoterapeuta, sin embargo se mantenía atenta a las propuestas de los demás participantes, en su relaciones con el grupo se mostró respetuosa en el trato con los demás.

- b) Análisis la Producción Musical: A nivel sonoro, se observó exploración de instrumentos de forma libre, con manipulación mecánica y su forma de tocar era convencional y no convencional, sus improvisaciones tenían una dinámica piano con volumen bajo, creaba motivos musicales cortos, algunos ostinatos, uso de negras en su mayoría. En cuanto al uso de su voz, se ruborizaba cuando debía hacerlo, cantaba con dinámica piano, manteniendo un volumen bajo, aunque lograba seguir la línea melódica y sincronizar su canto con el grupo. Cabe mencionar que no compartía instrumentos, mostraba timidez cuando debía improvisar de manera individual y estas tenían una corta duración de 10 segundos aproximadamente. Además, mostraba poco interés en escuchar la música de las demás participantes. A medida que va avanzando el proceso musicoterapéutico, se observaron cambios en la participante, donde tomaba otros instrumentos, como la guitarra y compartía estos con sus compañeros, de igual forma en sus improvisaciones individuales mostraba mayor interés de comunicarse con el grupo, además tenía una duración más larga, aproximadamente 40 segundos, con un intensidad mezzoforte a forte, manteniendo un mayor volumen, explorando nuevos motivos rítmicos. En las improvisaciones grupales mantenía un pulso definido, mostraba mayor escucha y buscaba sincronizar con el grupo, reflejando cohesión grupal. En cuanto a la voz, también se observó un avance, especialmente en el volumen y la intensidad, pasando de una dinámica piano a manejar una de mezzoforte en el cantó individual y a forte en el canto grupal,

conservando siempre las estructuras melódicas de la canción, de igual forma en las composiciones empieza a ser más propositiva en la creación de la letra, y en la re-creación de éstas, se observa confianza al cantar con sus compañeros, mostrándose como una líder que busca guiar al grupo, siguiendo el pulso por medio de claves o la caja china, facilitando a los demás seguir el ritmo y la melodía. Cabe mencionar, que ella fue una de las participantes que bailó voluntariamente en la muestra final, la composición “yo me llamé vida”, esto reflejó un gran cambio, pues al inicio del proceso se le dificultaba expresarse corporalmente, pero luego de éste; se observó confianza, alegría y tranquilidad al hacerlo.

c) Análisis de las variables intervinientes: a continuación, se describen cada una:

- Variable interviniente Autoconocimiento: Al inicio del proceso se observó dificultad para identificar y expresar aspectos positivos propios como valores, fortalezas, cualidades y motivaciones, donde se le facilitaba hacerlo con otras personas, pero no consigo misma. En la exploración del cuerpo, tiene movimientos más libres de los miembros superiores y de los inferiores poco, emplea pocos gestos mostrando timidez, se sonroja al hacerlo, esto mismo ocurre cuando debía tener contacto físico con los demás, su lenguaje corporal reflejaba incomodidad. En actividades que requiere liderazgo, necesita invitación de la musicoterapeuta en formación, ya que no lo hacía de forma voluntaria. Durante el proceso, se observó un avance en la participante, ya que poco a poco, empezó a reconocer aspectos positivos y valiosos en ella, y de los demás, exploraba su cuerpo y su gestualidad de manera más tranquila proponiendo mayores movimientos, de igual manera se mostraba cómoda con el contacto corporal con otros participantes. Cuando debía verbalizar las experiencias lo hace más libre, sin sonrojarse, se ve con mayor seguridad, se auto-postula para algunas actividades, además en las propuestas musicales se observó un

avance, donde empezaron a ser un poco más largas, con pulso definido, continua explorando instrumentos de diferentes características (incluso la guitarra), rotaba instrumentos con sus compañeros sin ningún inconveniente, en la presentación final ella y otra compañera realizó un baile mientras cantaba la composición final, evidenciando confianza en sí misma y seguridad.

- Variable interviniente Regulación Emocional: En las primeras sesiones, en las improvisaciones instrumentales referenciales de emociones, se observó dificultad para lograr expresar corporal y musicalmente algunas de éstas, sin embargo se le facilitaba identificar las emociones fácilmente (miedo, rabia, alegría y desagrado); al trabajar las emociones asociadas a la persona a quien cuidaba, la participante identificó ternura y alegría, pero con relación a su red de apoyo, nombró soledad, culpa y abandono, refiriendo poco apoyo de sus familiares. Durante el proceso, se observó un avance en la aceptación de las emociones, sean positivas o negativas, logrando expresarlas corporal y musicalmente con mayor facilidad y fluidez. Esto también se observó en las letras de las composiciones “yo me llamo vida” y “en tu compañía” además fue propositiva en la creación de ambas, y en la re-creación cantó con mayor intensidad, específicamente cuando se mencionaba sentimientos y emociones relacionadas a la persona bajo su cuidado.
- Variable interviniente Estrategias De Afrontamiento: En la primera actividad relacionada con las estrategias de afrontamiento, refería el escape como una de las maneras de solucionar situaciones relacionadas a su rol de cuidado, además resaltaba la culpa como una emoción asociada a su red de apoyo al momento de tomar una decisión en cuando al cuidado de la mamá. En la medida que el proceso se desarrolla, se observó mayores estrategias a la hora de plantear soluciones a los problemas asociados a su rol de

cuidadora, empieza a crear soluciones de manera creativa y a ampliar la visión respecto a las soluciones que puede plantear, así como la forma de afrontar sus problemas. De esta manera, se observó más tranquila a la hora de enfrentar una situaciones y de abordar las emociones negativas, como en el caso de la culpa y la frustración que se hizo mediante una composición corta, donde refiere que hay formas de afrontar emociones negativas con el fin de avanzar: *“para que se transforme en propósitos de vida”*. Esto también se evidenció en otra composición: *“trato de ver en tu mirada, cuál puede ser tu reacción”, o la forma de traer al presente al familiar de una forma respetuosa “cuando persistes en una idea, y trato de cambiar tu posición, recorro a un recuerdo, que te produzca una mejor emoción, busco estrategias en cada situación, para hacer de nuestra convivencia una experiencia de amor y comprensión”*. También, se evidenció interés de formar redes de comunicación entre el grupo y mejorar la relación familiar, además, la participante expresa sentirse más tranquila al abordar las situaciones asociadas al cuidado. En la liberación de los aspectos negativos, ella reportó verbalmente la liberación de la culpa, tristeza, frustración, remordimiento, impaciencia y rechazo.

4.7.2 Participante AEL

- a) Valoración: Al inicio, a nivel físico se ven movimientos rígidos, con pobre liberación de miembros superiores e inferiores, con zonas de tensión cervico-dorsal marcada, poca exploración gestual, se observaba incomodidad con el contacto físico, donde su lenguaje corporal reflejaba tensión, sin embargo. A nivel emocional, reportó sentimientos de rabia, frustración, impotencia ante ciertas situaciones asociadas al cuidado, sin embargo en cuanto a la persona que cuidaba, reportaba amor y dedicación, se le dificultaba la expresión gestual y musical.

b) Análisis de la Producción Musical: A nivel sonoro, no cambiaba fácilmente de instrumentos, normalmente escogía la pandereta, manipulándola de forma mecánica y convencional, tocando con volumen e intensidad media, con dinámica piano, además sus improvisaciones eran de corta duración aproximadamente de 5 a 10 segundos. En cuanto al uso de su voz, cantaba con dinámica mezzoforte, mostrando dificultad en el seguimiento de la línea melódica y en la sincronización vocal con el grupo, para finalizar, a nivel vincular, se observa por momentos hostil y poco flexible durante las actividades, con poca interacción inter-musical, participaba con invitación de la musicoterapeuta en formación y pocas veces se auto-postulaba, en algunas ocasiones se mantenía atenta a las propuestas de los demás, sin embargo, la mayoría de las sesiones interrumpía a sus compañeros, reflejando poco interés en la escucha grupal. A medida en que se va desarrollando el proceso, se observaron cambios positivos en la participante, ya que se anima a explorar diferentes instrumentos de percusión menor de fácil manipulación, tocaba de forma convencional, donde sus improvisaciones las hacía con fin de comunicar un mensaje al grupo, reflejando mayor cohesión grupal. Además, sus improvisaciones individuales empezaron a ser más largas; de 40 segundos a 1 minuto, explorando diferentes motivos rítmicos, así mismo, utilizaba diferentes dinámicas para expresar ideas, sentimientos y emociones. Estos cambios también se ven reflejados en el uso de la voz, aumentando el volumen de su voz al cantar, cantando con dinámica forte en cantos grupales, escuchando a los demás participantes para sincronizarse ellos, y en el canto individual cantaba con dinámica mezzoforte, especialmente canciones acordes a su historia musical, reflejando mayor confianza al hacerlo. En cuanto a las composiciones fue propositiva en la creación de la letra, y en la re-creación de este se mostró cómoda

cantando con un alto volumen y preocupándose por mantener el ritmo y la melodía en la muestra final.

c) Análisis de variables intervinientes: a continuación, se describen cada una:

- Variable interviniente Autoconocimiento: En los primeros encuentros, demostró una actitud hostil, dura, frente al grupo, se le dificultaba expresar y reconocer aspectos positivos propios. En las improvisaciones corporales, presentó movimientos rígidos, con pobre exploración de los miembros superiores, inferiores y de su lenguaje gestual, así como poco contacto físico con sus compañeros; en las actividades que requerían de liderazgo, a veces requería de la invitación de la musicoterapeuta en formación para participar y ocasionalmente se auto-postulaba. Con los instrumentos, solamente usa una pandereta amarilla en las actividades, sin compartir o rotar el instrumento con otros participantes, con manipulación convencional y de tipo mecánico. Durante el proceso, se observó un avance, donde logra identificar aspectos positivos propios y de otros miembros del grupo; a nivel corporal, exploró con mayor facilidad el movimiento de su cuerpo, pero aún se veía tensión cervico-dorsal. En actividades que requerían de contacto físico, reconoce las cualidades del otro. Además, al improvisar podía realizarlo con mayor confianza.
- Variable interviniente de Regulación Emocional: En los primeros encuentros, se ve cierta dificultad para explorar las emociones de forma musical y gestual, en especial emociones positivas, sin embargo se le facilita identificar las emociones que representan los demás por medio de las improvisaciones, y en las composiciones puede expresar sentimientos y pensamientos asociados al compromiso, amor y dedicación. Durante el desarrollo del proceso, se observó mayor aceptación de las emociones, logrando representarlas a nivel sonoro y corporal de forma más clara y segura, además puedo realizar procesos de catarsis

emocional, en cuanto a las composiciones grupales, es propositiva, aportando constantemente en la construcción de las dos canciones: *“en tu compañía”* y *“yo me llamo vida”*, donde expresa con claridad sus ideas ante el grupo, reflejando mayor confianza. Del mismo modo, en una de las composiciones individuales, la participante expreso emociones relacionada con eventos de su pasado: *“a veces cuando me veo, me veo triste y llorosa, porque en mi ida recuerdo, esos momentos vividos, de soledad y nostalgia, después de años pasados, miro mi vida tranquila, y río con alegría, de aquellos días de antaño”*, identificando la presencia de emociones negativas y aceptando que poco puede ir cambiando su vida.

- Variable interviniente Estrategias De Afrontamiento: En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la participante identificó la confrontación, la pelea como mecanismos que usualmente emplea para afrontar situaciones asociadas al cuidado de la persona o en su vida cotidiana, en algunas ocasiones utilizaba el diálogo en las soluciones, sin embargo las estrategias que usaba era poco creativas, con un alto componente de la confrontación en ellos, con una mezcla de mecanismos asociados al problema y a la emoción (como la rabia frustración, dolor e impotencia), sin reportar inicialmente algo relacionado con su red de apoyo. Durante el proceso, se observa que la participante es más flexible en su pensamiento a la hora de resolver situaciones, ya que en la actividad que se les pide crear un final a una situación establecida, sin que se repita, brinda varias opciones sin mayor inconveniente, se ve mayor uso de gestos, con un lenguaje corporal más amplio, con menor tensión corporal durante las mismas, e integra diferentes instrumentos para su realización; en cuanto a lo escrito anteriormente y los mecanismos de control emocional, se observó mayor control de la situación, con más tranquilidad. Esto también se reflejó las composiciones individuales donde su letra está relacionada con el rol de cuidador y las

estrategias que necesita para hacer su labor adecuadamente, reconocimiento aspectos positivos como el respeto, compañerismo, ternura, desprendimiento, lealtad amor, comprensión, compromiso y apoyo; desprendiéndose de la rabia, dolor, impotencia y envidia, ya que los encontraba poco beneficiosos en su rol, donde su lenguaje corporal denotaba tranquilidad, serenidad y una fuerte cohesión grupal.

5 Análisis y discusión

El objetivo principal es describir el efecto de la musicoterapia en la reducción de la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores de la Fundación Alzheimer en Bogotá, por medio de los métodos musicoterapéuticos con el fin de generar bienestar en el cuidador; cabe mencionar, que esta investigación está basada en un enfoque cognitivo-conductual, partiendo que las emociones y los pensamientos tienen un papel importante en la conducta del ser humano, así como la experiencia, la cual la persona interioriza y ayuda a crear formas de responder a su futuro (Rachman, 1997; O'Donohue, 1998), por tal razón, se tuvieron en cuenta algunos temas utilizados en las terapias de segunda y tercera generación, como son las creencias, debates de pensamientos inadecuados, la expresión y la regulación emocional, la resolución de conflictos, esto asociado a conocer las estrategias con las que cuentan los participantes, donde además se utilizó la relajación, la conciencia plena, la aceptación de sentimientos y emociones. Por otra parte, el rol del terapeuta a partir de este enfoque, no es decirle al participante que hacer, al contrario el terapeuta se convierte en una guía o en un facilitador para que sea el participante quien descubra las soluciones a su problema, ayudándolos a ser más flexible en su pensamiento. Por consiguiente, vale la pena resaltar que no se hace uso de una sola terapia de este enfoque, sino que éste se toma como fundamento teórico; reconociendo que, al trabajar pensamientos y emociones, se puede lograr el cambio en la conducta y una modificación de creencias negativas o inadecuadas, que en muchas ocasiones es poco beneficiosa para los cuidadores.

En el proceso de triangulación se evidencia, que con relación al análisis de las pruebas aplicadas pre y post intervención, se evidenció cambios positivos en una de las tres pruebas. En la Escala Visual Analógica EVA, se evidenció una disminución de la percepción del dolor, esto posiblemente debido al trabajo realizado con las estrategias de afrontamiento, a partir de juego de

roles musicales y corporales, como improvisaciones corporales e instrumentales y el método receptivo, donde se facilitó a los participantes monitorear su propio cuerpo, ayudando a entender, aceptar y controlar el dolor físico, identificando que no eran los únicos con diferentes tensiones y dolencias, sino que su condición era común en los cuidadores, cabe mencionar, que tal como menciona la literatura (Crespo y López, 2007; Bascuñán, et al., 2011), cuando una persona tiene estrategias pasivas como el escape y la evitación, no logra afrontar un problema adecuadamente.

En la Escala de Sobrecarga del cuidador Zarit, no se observan cambios en las respuestas de los participantes, ya que se obtienen las mismas respuestas en ambas aplicaciones y en los mismos participantes, sin embargo al analizar a profundidad esta prueba se observó que las preguntas de esta escala están asociadas a la persona bajo su cuidado o al contexto, no se pregunta sobre estrategias o recursos propios del cuidador, posiblemente esta sea una limitante para confirmar cambios de este estudio, ya que al relacionarlos a agentes externos, es posible que los participantes no vean claramente los avances logrados gracias al proceso musicoterapéutico.

En cuanto al APGAR Familiar, no se observaron cambios significativos, sin embargo una de las participantes reportó; en la aplicación pre de prueba que tenía una relación familiar disfuncional leve, sin embargo al final esto fue puntuado como relación disfuncional moderada, aquí más que decir que la musicoterapia le generó algún cambio negativo, lo que se demostró durante el proceso es que la participante pudo empezar a expresar abiertamente sus sentimientos y emociones, así como representar musicalmente los conflictos a nivel familiar que venía presentando, reflejando que la musicoterapia y la cohesión grupal le ayudó a tener confianza para hablar de temas que anteriormente se le dificultaban, con relación a aspectos puntuales como el de la usuaria mencionada, es importante tener en cuenta que en proceso corto como éste, es posible identificar situaciones conflictivas que pueden elaborarse a través de las experiencias

musicoterapéuticas, sin embargo, también se reconoce que muchas manifestaciones deben ser tratadas en procesos más largos o dar continuidad al recientemente iniciado.

Por otra parte, los análisis sonoros y musicales realizados gracias a los protocolos y las grabaciones, donde se hizo un análisis de cada sesión, se pudo evidenciar que la mayoría de los participantes tuvieron un avance en las improvisaciones referenciales, mostrando mayor duración y cambios de intensidad, así como una mayor intención de querer comunicarse musicalmente con el grupo, respetando la escucha del otro, esto también podría denotar una cohesión grupal, además de reconocer que se formó una red de apoyo que entre ellos.

De igual manera, las composiciones individuales, en parejas y grupales, dieron cuenta en su letra aspectos relacionados con la variable independiente de este estudio y sus variables intervinientes, así como otros aspectos sonoros que se mencionara a continuación con análisis de cada una de las variables intervinientes.

- Regulación Emocional

En los resultados, de la variable interviniente regulación emocional, se observan cambios positivos, en cuanto a la identificación, exploración y aceptación de las emociones, del mismo modo, se observan cambios en el vínculo entre el cuidador y la persona bajo su cuidado, fortaleciendo el mismo; así como se facilitó la catarsis de emociones negativas, asociadas a la red de apoyo, por medio de las actividades musicoterapéuticas, que se plasmaron en las composiciones de los participantes, ya que uno era relacionado con la autopercepción y otra, con las emociones asociadas a la personas bajo su cuidado, del mismo modo, se observa mayor uso de gestos y del cuerpo. Estos cambios, posiblemente se deban al proceso de regulación emocional mencionada por Gross (1999), ya que se logra influenciar y manejar las propias emociones desde que surgen, hasta que son expresadas, de esta manera se facilita a los cuidadores el adecuado

desarrollo de las relaciones sociales, ya que son capaces de controlar los cambios, en la intensidad y duración en las emociones (Luna, 2010; Murphy et al 1999).

Lo anteriormente mencionado es importante, ya que, según lo reportado en la bibliografía, los cuidadores presentan dificultades a la hora de realizar un adecuado control y manejo de las emociones, que desencadenan problemas relacionados con la ira, dificultades en el control de impulsos, que detona en una sobrecarga a nivel físico (subjetivo, a modo de tensión), emocional y objetiva, que está relacionada con las dedicación y el desempeño al rol de cuidador (Gaugler, Kane y Langlois, 2000); donde se evidencia que los cuidadores reportan problemáticas asociadas al cuidado como la ansiedad, depresión, entre otras, (Psychogeriatric Association, 2002; García, Mateo y Maroto, 2004; García, Mateo y Maroto, 2004) lo cual se asemeja a los resultados de las pruebas realizadas en el presente estudio.

Al finalizar el proceso, se realiza una actividad de “liberación” de emociones y aspectos que no consideran provechosos en este momento para su vida, como: la rabia, dolor, ira, impotencia, envidia, tristeza, nostalgia, la impulsividad, la culpa, la frustración, el remordimiento, la impaciencia, el rechazo, la inseguridad, el abandono, el olvido, la ansiedad, la depresión, la decepción , la preocupación, el estrés y el desánimo, estos sentimientos y emociones se relacionan con lo encontrado en la literatura (Gaugler, et al., 2000).

Se realiza una identificación de lo provechoso con lo cual se quedan, identificando de ellas: el desprendimiento, lealtad, respeto, compañerismo, ternura, amor, comprensión, el apoyo, la paciencia, la alegría, la tranquilidad, la sinceridad, la amistad, la dedicación, el compromiso, el cariño, la paz, la espontaneidad, la integración, la remembranza, el positivismo, la compasión, la satisfacción y ver la vida desde otro punto de vista; observando que luego de un proceso terapéutico, los cuidadores, pueden identificar las emociones que más les aportaban en un

momento determinado y cuáles no, así, como logran el desarrollo de las herramientas que les facilitan la expresión y gestión de las mismas, en caso de ser necesario.

Del mismo modo, los cuidadores de personas con Alzheimer, deben estar en constante adaptación a los cambios y necesidades de las personas bajo su cuidado, que puede desarrollar frustración, con alto componente de carga emocional, ya que deben controlar los síntomas que genera la enfermedad, como la confusión, agitación, entre otras, donde muchas veces no saben cómo abordarlos de una forma adecuada para su familiar (Geldmacher, 2004; Jeffrey, et al., 2002), por lo tanto, en particular, esta intervención les brindó herramientas desde la parte emocional para poder abordar mejor las necesidades propias y de la persona bajo su cuidado, como se muestra en la composición realizada por CSV y DPC (ver anexo 10.9.1).

Donde el fragmento, fue expresado a modo de poema con acompañamiento de musicoterapeuta en la guitarra; en ella, expresan un proceso de perdón propio, reconociendo que muchas veces pueden equivocarse, pero que eso no indica el deseo de dañar a alguien más, con ello, se observa el aprendizaje de esta experiencia, se logra el manejo de la emoción, el perdón y liberación de las emociones negativas asociadas a esa vivencia.

Otra composición fue la realizada por XMC y MCA, titulada Adiós a la culpa (ver anexo 10.9.2) resaltando que es un poco más elaborada, tiene varias partes, en la primera, describen lo que sienten y hacen cuando perciben la culpa *“yo me encorcho y analizo, ya que, si no lo hago, el nudo aprieta mi garganta”*, donde expresan la necesidad de iniciar un manejo de la culpa o comienzan a percibir estímulos físicos asociados a ella; en la siguiente parte, se desarrolla las acciones que realizan para manejar la culpa: *“yo la enfrento con coraje, luego la miro a los ojos y la vuelvo chiquitica”*, en esa parte, mencionan cualidades o valores propios como el coraje para poder afrontar la culpa, finalmente describen lo que hacen para liberarse de ésta: *“al tenerla chiquitica, yo la arrojo a la fogata, para que se transforme en propósito de vida”*, demostrando

que tienen las habilidades para poder liberarse de ese sentimiento, identificando durante este proceso un propósito para aceptación de la culpa, donde las participantes lograron aceptarla y encontrar en ella una razón de ser para mejorar.

Se puede concluir, que los participantes, por medio de estas composiciones lograron identificar la emoción trabajada, la aceptan, exploran, expresan y buscan formas de manejarla, para con ello obtener algún beneficio, sentido, comprensión o motivación dentro de su labor o vida cotidiana, para lograr, la tranquilidad o finalmente liberarse de esa emoción, como menciona Gross (1999), Murphy et al (1999) y Luna (2010) como objetivo del proceso de regulación emocional.

Cabe resaltar, el rol de cuidado no siempre es visto como algo negativo, como fue el caso de los participantes de este estudio, ya que se aprecia como gratificante, y esto, les facilita asumir las labores asociadas, sin embargo, como el hecho de cuidar a una persona que se deteriora con el paso de los días, genera emociones como rabia, duelo, culpa y soledad (Barbero, 2012; Slachevsky, et al., 2007), razón por la cual fueron abordados dentro de la intervención musicoterapéutica, permitiéndoles verlos como algo que puede estar presente durante la vida, a explorarlos, expresarlos y manejarlos de una forma positiva.

De igual manera, los participantes pudieron expresar emociones y sentimientos hacia otras personas, en este caso personas bajo su cuidado, reconociendo sus valores y sus cualidades, como la composición realizada por MEC (ver anexo 10.9.3); donde se evidencia emociones positivas de la participante a la persona bajo su cuidado, en este caso, la mamá, por quien expresa amor, cuidado incondicional, posiblemente por la forma en que ella, los cuidó previo a su enfermedad y en vista de que aún no presenta un deterioro tan severo, aún puede relacionarse con los miembros de su familia.

Por otro lado, la participante CSV (ver anexo 10.9.4) escribe un fragmento a la persona a la quien cuida, con la cual no tiene ningún parentesco, sin embargo, en esta, se observa admiración, el reconocimiento de las cualidades de la mujer a quien provee cuidado, con adjetivos que expresan que es difícil encontrar en otra persona, las características de ella, ni siquiera en otros miembros de su familia; se brindó acompañamiento por parte de la musicoterapeuta en formación.

Finalmente, frente a este tema, es importante resaltar la composición realizada por LAM (ver anexo 10.9.5), ya que la participante expresa agradecimiento, admiración, respeto por todas las cosas que la persona bajo su cuidado, en este caso, la madre, hizo por sus hijos; del mismo modo, expresa las emociones de su familia dirigida a esa persona y busca dar tranquilidad a la mamá en este proceso de enfermedad; como otra forma de brindar asistencia.

Como se evidencia, pudieron reconocer emociones positivas asociadas a su rol de cuidador, así como emociones y sentimientos hacia la persona que cuidan, lo cual también ve reflejado en la letra de la composición grupal “*en tu compañía*” creada a partir de parodia de canción con la base, “*soy colombiano*” del autor Rafael Godoy. A continuación se presenta la letra y partitura de la composición:

En tu compañía
A mí dame un abrazo,
De esos que salen del alma,
de las fibras de tu vida
y el sabor de tus entrañas.
No me des olvido y tristeza
que es duro y no sabe a bueno,
porque yo quiero siempre
Ser de tu corazón el primero.

Ay! que orgulloso me siento
De estar en tu compañía.

A mí dame una caricia

*de esas que llegan al alma,
caricias que ya me alegraban
cuando apenas decía mamá.
Lo demás será bonito
Con el corazón tranquilo,
como cuando a mí me cantaban
Cuando yo era chiquito.
Ay! que orgulloso me siento
de compartirme mi vida.*

*Y para mí una mirada
Una mirada, muy tuya,
Que derrite hasta mi alma
de suave amor y ternura.
abrazos, música y besos
Del interior de mi alma.
Ay! que orgulloso me siento
De estar con mi ser amado.
Ay! que orgulloso me siento
De estar con mi ser amado.*

La letra de la canción refleja las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, el interés y disposición para seguir desarrollando el rol de cuidador, ya que hay un enorme componente emocional que los motiva a persistir pese a las dificultades, del mismo modo, evidencia la resiliencia de los cuidadores como componente fundamental del cuidado; que va de la mano, con lo reportado por Barbero (2012), Slachevsky, et al., (2007), donde identifican que la personalidad del cuidador determina el impacto del cuidado su salud, así como las estrategias de afrontamiento, resiliencia, entre otras; ya que cuidadores con mayor satisfacción y positivismo, pueden sentirse más cómodos con la labor del cuidado.

Tal como se observa, en todas las composiciones se encuentran emociones positivas asociadas a la persona bajo cuidado, se observa que el rol de cuidado se ve como algo gratificante o una forma de devolución a quien antes los cuidó (en el caso de los cuidadores de los familiares), en otras, como un cambio positivo dentro de un sistema de salud con ciertas carencias (en el caso de

las cuidadoras profesionales), de acuerdo a lo reportado por Barbero (2012); Slachevsky, et al., (2007).

De igual manera, al tener una buena red de apoyo (algunos tenían una red adecuada y otros disfuncional), es importante, porque incide sobre el estrés y ansiedad que manifiestan los participantes, evidenciado en los resultados de las pruebas de ansiedad y depresión, donde aquellas personas con menor apoyo de sus familiares, presentan mayores puntos positivos para la presencia de la ansiedad, depresión, entre otros problemas psicológicos que pueden estar presentes y que se refleja, según Carretero, et al. (2011), en que los cuidadores modifican sus hábitos de autocuidado y pueden verse desbordados, por las situaciones de la vida cotidiana.

Así mismo, la regulación emocional también fue trabajada en improvisaciones instrumentales y corporales, juegos de roles, dramatizaciones, relajación, inducción de emociones por medio del método receptivo y las composiciones, permitió que los participantes identificaran emociones negativas y pudieran aceptarlas, así como pudieran conocer las formas de expresar o manifestar esas emociones de manera positiva, sin afectar los demás y conocieran las formas adecuadas para hacerlo.

Todos los aspectos anteriormente mencionados, reflejan la importancia de abordar las emociones dentro de un contexto terapéutico y de una forma integradora para los cuidadores, ya que les brinda mecanismos para poder regularlas de una forma útil para ellos, evitando el desgaste emocional asociado al cuidado y como forma de autocuidado, que muchas veces no es tenido en cuenta, tanto por los profesionales de la salud, como por la familia, la persona bajo cuidado y el mismo cuidador.

- Estrategias de Afrontamiento:

En cuanto, a las estrategias de afrontamiento, trabajadas por medio improvisación referencial, juegos de roles, composiciones, dramatización de situaciones, entre otras, se observó avances en los participantes, donde se empezó a reflejar mayor flexibilidad en la solución de conflictos, reconociendo sus propias cualidades y sus límites, buscando ayuda de otros cuando era necesario, esto es importante, ya que pueden reconocer lo que son y hasta donde pueden llegar, sin sobrecargarse a una situación y reconociendo que así como ellos pueden necesitar ayuda, pueden ayudar a los demás en otras oportunidades.

Cabe mencionar, que se observaron cambios en la identificación y uso de las estrategias, ya que inicialmente, recurrían al escape, la huida y la confrontación, unos empleaban mecanismos pasivos, como una forma de solucionar problemas asociados al cuidado, con emociones presentes como la rabia, la frustración y la culpa (tanto con las referentes a su red de apoyo, como a situaciones problemáticas); durante el proceso musicoterapéutico, se evidenciaron cambios en la flexibilidad del pensamiento a la hora de resolver situaciones asociadas al cuidado, siendo más creativos, con mayor relajación corporal, gestual, instrumental y verbal (así como mayor exploración de los mismos), del mismo, modo, se observa mayor seguridad, control de las emociones a la hora de abordar las situaciones propuestas, evidenciando una visión más amplia, con uso de estrategias activas de afrontamiento, usan planificación, búsqueda de apoyo emocional, desahogo, aceptación, humor, acorde a lo reportado en la bibliografía (Carver. 1997).

Según Fernández y Díaz (2001), las estrategias de afrontamiento en los cuidadores, ayudan a reducir el impacto negativo causado por los estresores; por lo cual facilitan la adaptación y el bienestar, permitiendo al cuidador adaptarse al deterioro de la persona bajo su cuidado (Crespo y López, 2007; Bascuñán, et al., 2011); inicialmente los cuidadores reportaban dificultad a la hora de gestionar el tiempo, desplazamientos, entre otras actividades relacionados con el cuidado, sin embargo, pudieron expresar dichos cambios de estrategias por medio de las composiciones e

improvisaciones vocales, realizadas en modo rítmico de trova, con acompañamiento en guitarra de la musicoterapeuta en formación, a continuación se analizan algunas composiciones individuales, como la de la participante AEL (ver anexo 10.10.1), en el cual, se plasma la importancia de contar con un grupo en el que tuvieran la oportunidad de expresarse, escuchar y ser escuchadas, así fueran cosas positivas o negativas *“cada una con su llanto”* o *“que vi el dolor en muchas de mis compañeras”* y el agradecimiento que eso les trajo, posiblemente asociado a una percepción de red de apoyo que se generó en el grupo, donde podían expresarse sin ser juzgados; en la medida en que se volvía más sólida, ayudan a aceptar las modificaciones en la vida del cuidador, al asumir el rol de cuidado como lo soportado por Pinto y Sánchez. (2000) y Ferré-Grau, et al. (2011). Del mismo modo, es pertinente mencionar, que algunos de los participantes, manifestaron que comenzaron a trabajar en la comunicación, desarrollo y fortalecimiento de su red de apoyo familiar, para con ello, reducir la carga que conlleva el cuidado de su familiar, elemento primordial a largo plazo sobre el cuidado, ya que se debe tener en cuenta que la Enfermedad Alzheimer tiene una evolución larga que puede llevar varios años (Romano, et al., 2007).

Otra composición individual que puede reflejar estos avances en cuanto a las estrategias de afrontamiento, es la composición de ALP (ver anexo 10.10.2), donde, la participante expresa la buena disposición del grupo durante los encuentros, resaltando: *“que a pesar de todo lo que estaos viviendo, de la situación tan difícil que estamos viviendo”*, ya que me parece pertinente mencionar que esta participante es cuidadora principal de los dos padres, siendo la mamá quien tiene la demencia, por lo tanto, tiene mayor complejidad y es consciente de las dificultades del rol, del mismo modo, comenta *“no vinimos como víctimas, ni a lamentarnos ni nada, esto me pareció chévere”*, esto es un elemento importante, ya que revela que los cuidadores no llegaron con sentimientos o comportamiento de víctima, posiblemente, puede deberse al tiempo que llevan

desarrollando el rol de cuidado o a la superación de las primeras fases indicadas por Ferré-Grau, Rodero-Sánchez, CidBuera, Vives-Relats, Aparicio-Casals (2011), donde prima una reacción de autoprotección, pero si llega a perdurar en el tiempo, afecta los avances en el proceso de cuidado.

Con referencia a este tema, se realizaron también composiciones grupales, donde los participantes resaltaban las estrategias positivas y activas, para afrontar situaciones de la vida diaria, entre las cuales se resalta la composición realizada por XMC y ALP (ver anexo 10.10.3), en el cual, las participantes abordan como pueden emplear las herramientas desarrolladas durante la intervención musicoterapéutica, en el cuidado de su familiar, como *“trato de ver en tu mirada, cuál puede ser tu reacción”*, donde anticipan el uso del lenguaje gestual de la persona para poder acoplarse o mitigar la respuesta de su familiar, al tratar de modificar alguna idea, del mismo modo, describen las alternativas que pueden emplear para evitar confrontar a la persona si no es necesario, como *“recurso a un recuerdo, que te produzca una mejor emoción, busco estrategias en cada situación, para hacer de nuestra convivencia una experiencia de amor y comprensión”*, donde al final expresan el deseo de tener un trato amoroso y comprensivo con el familiar a quien cuidan, en el cuál los dos se sientan cómodos y tranquilos.

Vale la pena resaltar la composición realizada por los participantes MEC, MEM Y CSV (ver anexo 10.10.4), donde se puede ver las nuevas formas de pensamiento que empezaron a crear para afrontar las situaciones de la vida diaria, como dejar a un lado sentimientos y emociones negativas, que comprendieron no tenían ningún beneficio para su vida; además, por otro lado, aterriza los aprendizajes generados de las experiencias musicoterapéuticas a su calidad de vida, al mencionar *“Porque las cosas que hay a mi alrededor no me van a confundir”*, en este, se evidencia una amplia visión de las situaciones y en el siguiente fragmento mencionan emociones positivas y el distanciamiento de las negativas; también mencionan *“al fin aprendí, que una decisión vale mucho más que tener razón”*, donde posiblemente hacen referencia, a que pueden

tener en cuenta más puntos de vista para tomar una decisión, y basándose en la que tenga mayor beneficio, se toma una decisión (así no sea la planteada por ellos); donde prima el cuidado, sobre quien tiene o no la razón, evento que evidencia un cambio en la perspectiva y forma de ver las situaciones por parte de los participantes.

Tal como se puede evidenciar, lo concerniente a las estrategias de afrontamiento, está directamente relacionado con las características de la personalidad, la resiliencia, los valores, fortalezas, virtudes de cada ser humano, así como las habilidades desarrolladas durante el transcurso de la vida, o las aprendidas diariamente, son las que brindan herramientas al cuidador para poder abordar las situaciones asociadas al cuidado de forma más o menos adaptativa y funcional para su estilo de vida, por lo tanto, son primordiales para este tipo de población, que está expuesta constantemente a estímulos estresantes, situaciones desbordantes, siendo la musicoterapia un aporte importante para abordar al cuidador de forma integral, permitiendo la exploración de diversas situaciones, que con el tiempo y creatividad aprenden a afrontar de forma tranquila y con mayores elementos, ya que como se ha mencionado, la Enfermedad de Alzheimer es una patología que tiende al deterioro diario de la persona, hasta llegar al desenlace final.

- Autoconocimiento

En cuanto, al autoconocimiento se fortaleció la expresión de aspectos positivos propios como son los valores y las cualidades a través de las improvisaciones referenciales, donde al comparar la primera improvisación y la última realizada, se observó cambios en la intención de comunicar al grupo, mayor interés en la utilización de los instrumentos y mayor duración. Del mismo modo, se observa mayor confianza a la hora de cantar o tocar improvisaciones instrumentales, del mismo modo, se evidencia mayor liderazgo, tanto para el trabajo individual como para el grupal y muchos de ellos se auto-postulan para el desarrollo de las actividades.

Igualmente, tal como se mencionó algunas composiciones individuales refieren aspectos positivos, así como la creación grupal de una composición realizada por medio de parodia de canción, sobre la base “yo me llamo cumbia” de Mario Garcia Peña , llamada “yo me llamo vida”, que refleja fortalezas, valores y motivaciones, además tanto en la creación de la letra como en el canto de ésta, fueron propositivas, además en la muestra final cantaron desde una intensidad fuerte, aumentando el volumen de su voz, mostrando mayor confianza en sí mismas y un interés de mostrar a los demás sus cualidades y sus recursos propios. A continuación se presenta la letra y la partitura de la canción final:

YO ME LLAMO VIDA

*Yo me llamo vida, tengo presencia por donde voy
Soy una persona sincera y fuerte en mi labor
Soy agradecida y valoro mucho tu gran amor
Tengo cualidades como ternura y mucha pasión (bis)
Traigo fortalezas para lograr tu superación
Me gusta cantarte y acompañarte con mucho amor
Cuido mi persona y me entrego a ti con dedicación
y me gusta mucho poder brindarte mi corazón (bis)*

La letra es corta, debido a que era la primera composición de los participantes, se realizó por medio de una canción de la historia musical seleccionada de forma grupal con una melodía familiar para ellos, con el fin de facilitar la adaptación de la letra; en ella, se observa la identificación de fortalezas propias “soy una persona sincera y fuerte en mi labor”, “tengo cualidades como ternura y mucha pasión”, ligado a su rol como cuidadores, donde brindan asistencia “traigo fortalezas para lograr tu superación, me gusta cantarte y acompañarte con mucho amor” y aparece un aspecto importante de la cual están empezando a desarrollar conciencia como lo es el autocuidado “cuido mi persona y me entrego a ti con dedicación”, donde al parecer, comprenden que al cuidarse a sí mismos, estarán en mejor capacidad de continuar con su rol de cuidado.

Cabe resaltar, que Bandura (1969), menciona que el autoconocimiento tiene una relación con la imagen que se va elaborando de sí mismo, que se va formando, por medio de la interacción con la familia el medio y con pares, que depende del auto-concepto (concepto que se elabora de sí mismo) y la autoestima (sentimiento valorativo el propio ser) (Alcaide, 2009; Alcántara, 1996), que se trabajó durante la intervención musicoterapéutica, en su primera fase, donde también, se contó con una producción musical con letra, más libre, ya que se emplea la trova paisa, típica de la región de Antioquia, como medio facilitador; como la improvisación vocal realizada por MCA (ver anexo 10.11.1); en esta, la participante identifica cambios asociados a su expresión frente a los demás, ya que se percibe más extrovertida, posterior al proceso de intervención musicoterapéutico, que puede deberse a las actividades donde se trabaja la exposición de los participantes a diversas situaciones, el manejo de las emociones, que pudo favorecer este cambio.

De igual forma, se relaciona la improvisación vocal de la participante XMC (ver anexo 10.11.2), donde la participante expresó el cambio en la forma de ver una situación y en las emociones percibidas durante los encuentros de musicoterapia (me sentía des estresada); también comenta la importancia de las relaciones establecidas con los miembros del grupo (son amistades que perdurarán en el tiempo).

Ahora bien, es importante mencionar, que en los estudios encontrados de sobrecarga en cuidadores, no se mencionaba el trabajo del autoconocimiento, pero lo anteriormente expuesto, refleja la necesidad de abordarlo en el trabajo con cuidadores, ya que tal como menciona Shibutani (1971), se ve un desarrollo en la capacidad de los cuidadores para responder a la pregunta ¿quién soy yo?, lo que a su vez puede aumentar su autoestima, reconociendo sus propios valores, las cualidades con las que cuentan para responder a las adversidades y a su futuro.

Para finalizar, durante la intervención musicoterapéutica, se realizó trabajo con corpogramas, en los cuales, los participantes determinaron zonas de molestia física y la asocian a la presencia de alguna emoción en particular, entre ellas se encuentran: rabia (dolor de hombros, ronquera o molestias en la garganta), impotencia, tristeza, estrés (dolor abdominal, dorsal, lumbar, en rodillas), preocupación, presión psicológica y emocional (asociado a dolor abdominal, cervico-dorsal, en garganta), frustración, insatisfacción (migraña y dolor plantar), dolor u ofensa emocional (dolor en el pecho); esto se correlaciona con los hallazgos de García, et al., (1999); Ribas, et al., (2000); Douglas, et al., (2005); Roca, et al., (2000), que encuentran que las tareas que deben desarrollar diariamente los cuidadores pueden generar problemas físicos como dolores y psicológicos (depresión y ansiedad); del mismo modo, Badia, et al., (2004), reportan problemas físicos, fatiga, insomnio, dolor en la espalda, dolor de cabeza y problemas musculoesqueléticos (fracturas, esguinces, etc), del mismo modo, Slachevsky (2007) identifican problemas digestivos, problemas cardiovasculares, respiratorios, que están en consonancia a lo reportado por los participantes del presente estudio, que puede deberse al pobre tiempo de disposición para actividades de ocio y descanso, la falta de apoyo de su red familiar que no les permite descansar, o también, la propuesta de Carretero, et al., (2011), donde explica que los cuidadores dejan de asistir a consultas médicas, descuidado su propia salud, pueden tomar malos hábitos, como falta de tiempo de sueño, mala alimentación, consumo de alcohol, tabaco, automedicación o incumplimiento de los tratamientos médicos, entre otros, que puede favorecer la aparición de estos síntomas descritos tanto en la literatura como en los participantes del estudio.

Todo lo anteriormente expuesto ha evidenciado a través de las pruebas y la valoración inicial, que los participantes manifestaron dificultades en las relaciones familiares, así como problemas físicos, sentimientos de culpa, duda, angustia, irritabilidad, tristeza, frustración, impotencia, aislamiento, llegando a una sobrecarga emocional y física, lo cual se relaciona con lo encontrado

en literatura sobre cuidadores (García, et al., 1999; Ribas, et al., 2000; Douglas, et al., 2005; Roca, et al., 2000; Mercadal y Martí, 2008). De igual manera los hallazgos encontrados a partir de la intervención musicoterapeuta realizada; tuvo efectos positivos en la reducción de dicha sobrecarga gracias al trabajo con el autoconocimiento, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, lo cual se relaciona con los resultados de diferentes investigaciones, donde la musicoterapia ha mostrado beneficios en los cuidadores donde pueden encontrar mayor apoyo social, creando estrategias activas, mejorando la comunicación y el estado de ánimo, llegando un bienestar tanto del cuidador como de la persona que se encuentra a cargo (Serra, et al., 2016).

Ligado a lo anteriormente mencionado, los cuidadores de personas con Alzheimer, deben realizar cambios en su casa, administrar medicamentos, tolerar los cambios comportamentales de la persona con Alzheimer, así como acompañarlo en la pérdida de sus capacidades cognitivas, memoria y habilidades ejecutivas, que va desarrollando una carga emocional y de debe afrontar de la mejor forma posible, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos es pobre (Geldmacher, 2004; Jeffrey, et al., 2002). Lo anteriormente expuesto demuestra que en este caso particular la musicoterapia tuvo efectos positivos en la reducción de la sobrecarga física y emocional, a partir del trabajo con el autoconocimiento, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

Finalmente, las encuestas de satisfacción, demostraron que los participantes refirieron que la musicoterapia ayuda a expresar sus emociones, sintiendo mayor libertad al hablar de éstas, así como mayor facilidad para comunicar situaciones, sentimientos y pensamientos.

Vale la pena mencionar, que los métodos musicoterapéuticos que más funcionaron para esta población fueron la improvisación vocal e instrumental (no referencial y referencial), mediante actividades de improvisación dirigida (juego de director), envío de mensajes, sincronizar, amplificar, imitación, improvisaciones vocales con base de trova paisa a través de diálogos

cantados, que facilitó el abordaje de las diferentes variables intervinientes; por otro lado, el método recreativo también se utilizó mediante las actividades de canto conjunto grupal e individual de canciones de su historia musical y sus composiciones (fragmentos de canciones relacionadas con los temas trabajados en la sesión); el método de composición, mediante el desarrollo de actividades que facilitaron composiciones individuales y grupales (unas rellenas espacios o por medio de la parodia de canciones y otras, con base de trova paisa). Finalmente, se emplea el método receptivo por medio de actividades de relajación muscular progresiva de Jacobson, inducción, identificación de emociones, autoconocimiento y reconocimiento del otro (biografías musicales), canciones dedicadas a otros y a sí mismos (historia musical), trabajo con cuerpo y corpograma individual, que teniendo en cuenta las variables intervinientes facilitaron en algún momento las fases del proceso.

6. Conclusiones

- La musicoterapia tiene un efecto positivo en la reducción de sobrecarga física y emocional en cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, basada en un enfoque cognitivo conductual, donde se potencializó el autoconocimiento, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.
- Gracias a la intervención musicoterapéutica, se logran cambios en la variable interviniente autoconocimiento, ya que los participantes, logran reconocer con mayor facilidad aspectos positivos propios y de los otros, que se reflejan en las improvisaciones referenciales instrumentales y corporales, donde expresan con mayor libertad sus movimientos corporales, gestuales, ideas y pensamientos.
- Se logran cambios positivos, por medio de la intervención musicoterapéutica en la variable interviniente regulación emocional, ya que se permite la exploración y expresión musical (por medio de improvisaciones vocales e instrumentales y en composiciones), encontrando un mejor reconocimiento y aceptación de las emociones, con mayor facilidad para expresarlas musical, corporal y gestualmente, logrando catarsis emocional de algunos de los participantes.
- Se observa cambios favorables en la variable interviniente estrategias de afrontamiento, en cuanto a la flexibilidad del pensamiento al resolver problemas asociados al cuidado de su familiar (mejor control de la situación, visión amplia), con estrategias más creativas, mayor exploración corporal e instrumental para abordar los mecanismos de control emocional, evidenciada en las composiciones e improvisaciones instrumentales, corporales y vocales.
- En cuanto a la prueba Zarit se observa que no hubo cambios significativos, ya que se mantienen los resultados pre-intervención y post-intervención.

- Se logra cambios favorables en la prueba EVA, respecto a la percepción de dolor físico, ya que disminuye la misma en dos participantes de los ocho evaluados: dos personas pasan de dolor moderado a dolor leve y una persona que había colocado dolor leve antes del proceso, luego indicó ausencia de dolor. No obstante, la persona que había mencionado dolor intenso al inicio del proceso, mantuvo los mismos resultados post intervención musicoterapéutica.
- Solamente se presenta un cambio en los resultados del APGAR familiar, posterior a la intervención musicoterapéutica, ya que una participante que había puntuado en la valoración relaciones familiares disfuncionales con un nivel leve, en la prueba post arrojó relaciones familiares disfuncionales moderadas, posiblemente esto se debe al desarrollo de la confianza con el grupo y la musicoterapeuta al hablar de sus conflictos internos y al mayor conocimiento de lo que es una red de apoyo fortalecida.
- Se observa en los participantes mayor comodidad con los métodos musicoterapéuticos de improvisación, recreación y la composición, en menor medida con el método receptivo.
- Es adecuado el uso de los análisis de las producciones musicales ya que permite verificar los avances de los objetivos planteados, del mismo modo, la aplicación de instrumentos pre y post intervención, las grabaciones, los protocolos de cada sesión y las encuestas finales, son una forma de validación adecuada para este estudio.

7. Recomendaciones

- Es importante continuar desarrollando intervenciones desde la musicoterapia con este tipo de población, ya que existen pocos estudios realizados únicamente para cuidadores.
- Se recomienda realizar estudios de musicoterapia con cuidadores de personas que tengan otras patologías, para conocer el efecto que podría tener la disciplina, frente a cuidadores con problemáticas y situaciones diferentes.
- En intervenciones musicoterapéuticas, es importante dar tiempo a los participantes para fortalecer la cohesión grupal y promover la confianza, previo a la introducción del trabajo con la voz, ya que posiblemente en esta investigación se realizó muy rápido, ocasionando que algunos participantes no realizaran cómodamente las actividades.
- Se recomienda brindar un espacio de exploración del setting a los participantes para la exploración de instrumentos, antes de iniciar con improvisaciones referenciales, para con ello, facilitar la confianza en la manipulación y familiaridad con los diferentes timbres de los instrumentos, para promover mayor libertad en la exploración de los instrumentos
- Es importante, dejar fluir de manera natural las improvisaciones grupales, donde el musicoterapeuta esté muy atento a lo que sucede, evitando cortar la improvisación.
- Se recomienda realizar estudios de musicoterapia con cuidadores donde se incluya el núcleo familiar, para incidir sobre la comunicación y los vínculos, para mejorar y fortalecer la red de apoyo.
- Es importante realizar un proceso de sensibilización por medio de intervenciones musicoterapéuticas al personal de salud, redes de apoyo y a cuidadores (formales e informales), respecto a las cambiantes necesidades de las personas con enfermedad de

Alzheimer, así como de los cuidadores; resaltando el impacto sobre la salud de éste último, en caso de no contar con las herramientas necesarias para su cuidado.

- En este tipo de población es recomendable el uso de los cuatro métodos de la musicoterapia, priorizando de acuerdo a los objetivos planteados y a las características del grupo o individuos implicados en el proceso musicoterapéutico
- Este es el primer estudio desde la musicoterapia realizado con un grupo de 10 cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer, es aconsejable continuar enriqueciendo los soportes científicos de esta disciplina en grupos mayores (en la medida de lo posible), para obtener resultados con un impacto estadístico que brinde sustento teórico.

8. Referencias

- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Rev. Aten Primaria*, Vol. 33:61-68
- Alcaide, M. (2009). Influencia en el rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 2, 27-44.
- Alcántara, J. (1996). "Cómo educar la Autoestima". Barcelona, Edit. CEAC S.A. 1993. - Bonnet, Vicente J. "Sé amigo de ti mismo manual de autoestima", España: Saiterra E.
- Alfaro, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B., y Guevara, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol.46:485-94.
- American Music Therapy Association. (03 Enero, 2018). *AMTA Code Ethics*. Tomado de <https://www.musictherapy.org/about/ethics/>
- Artaso, B., Goñi, A. Birurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Vol, 38 (4): 212-218
- Badia, X., Lara, S. y Roset, G. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Rev. Rev. Atención Primaria*, Vol. 34(4), 170-177. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704789040>
- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehartand Winston.
- Barbero, E. (2012). Aspectos positivos relacionados con el cuidado de personas mayores con Alzheimer (pp. 6-14). [En línea] [Fecha de consulta; Noviembre 2018] disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/6157>
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Rev. Cancerología*, Vol. 4: 39-46.
- Bascuñán, M., Horwitz, N., Schiattino, I., Acuña, J., y Jimenez, J.(2011). Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. *Revista Médica de Chile*. Vol. 139: 1305-1312.
- Batema, R., Xiong, C., Benzinger, T., Fagan, A., Goate, A., y Fox, N. (2012). Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. *Rev. N Engl J Med*, Vol. 367: 795-804
- Berndt, T. y Burgy, L. (1996). Social self-concept. En B.A. Bracken (Ed), *Handbook of self-concept* (pp. 171-209). New York: John Wiley.

- Branden, N. (1993) "Como mejorar su autoestima". México. Edit. Paidós. McKay, M. y Fanning, P. "Autoestima: Evaluación y mejora". Barcelona: Ed. Martínez. ROCA.SA
- Brenner, E., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal and individual considerations. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 168-179). New York, NY: Basic Books.
- Boerner, K., Schulz, R., y Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Rev. Psychol Aging*, Vol.19: 668-75
- Bruscia, K. (1999). Modelos de improvisación en musicoterapia. España: Agruparte
- Bruscia, K. (2007). Musicoterapia: Métodos y prácticas. (pp.97 - 108). México: Editorial Pax.
- Buenaño, J. (2010). *Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010*. Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. Quito, Ecuador.
- Bulic, B., Ness, J., Hahn, S., Rennhack, A., Jumpertz, T., y Weggen, S (2011). Chemical biology, molecular mechanism and clinical perspective of gamma-secretase modulators in Alzheimer's disease. *Rev. Curr Neuropharmacol*, Vol. 9:598-622
- Burns, R. (1990). El autoconcepto. Teoría, Medición Desarrollo y Comportamiento. Bilbao: Ego
- Cabral, M; Delgadillo, A; Flores, E; Sánchez, F. (2014). Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante la hospitalización a través de musicoterapia. *Rev. Psicooncología*. Vol. 11 (2-3), 243-258
- Carretero, V., Pérez, C., Sánchez, V. y Balbás, A. (2011). *Guia Práctica para Familiares de Enfermos de Alzheimer*. Fundación Reina
- Carrobes, J., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Rev. Psicothema*, Vol. 15: 420-426.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 4 (1): 92-100.
- Carrobes, J., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Rev. Psicothema*, Vol. 15: 420-426
- Casoli, T., Di Stefano, G., Giorgetti, B., Grossi, Y., Baliotti, M., Fattoretti P, y Bertoni-Freddari, C. (2007). Release of betaamyloid from high-density platelets: implications for Alzheimer's disease pathology. *Rev. Ann N Y Acad Sci*. Vol. 1096:170-8.
- Celma, V. (2001). Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Rev Rol Enf*, Vol. 24 (7-8): 503-11

- Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Rev. Psychologia. Avances de la disciplina*, Vol. 6 (1): 35-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2972/297225770002/>
- Cerquera, A. y Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Rev. Pensamiento Psicológico*, Vol. 12 (1): 149-167.
- Cervantes, F. (Octubre-2018). Psicopedagogía en el Desarrollo y la Educación. Retomado de <https://fatimacervantes.com/estrategias/area-personal/etapas/adultos/edad-adulta-intermedia-de-los-40-a-los-65-anos/>
- .
- Crespo, M. y López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. IMSERSO
- Cruz, J. y Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, Vol. 8(1).
- Davies, B., Chekryn, J., y Martens, M (1994). Family functioning and its implications for paliative care. *Rev. Paliative Care*, Vol. 10:29-36.
- Douglas, S, Daly, B., Kelley, C., y O'Toole, E. y Montenegro, H. (2005) Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*, Vol.128:3925-3936.
- Dueñas, E; Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. y Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Rev. Colombia médica*, Vol. 37 (2), 31-38.
- Duque, V y Gómez, N. (2014) Manual Lineamiento de autocuidado de los equipos, promoción del autocuidado y atención en crisis. Guatemala.
- Expósito, Y (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Rev Haban Cienc Méd*, [on line]. Disponible: <http://scielo.sld.cu>.
- Eisendrath, S y Lichtmacher, J. (2006). Trastornos psiquiátricos. Delirio, demencia y otros trastornos cognitivos. En Tierney, L., McPhee S, y Papadakis, M. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. 41ª edición. México: Editorial El Manual Moderno, 955-956.
- Fernández, M. & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 6: 129-36.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, M., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H. y Huang, Y. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study *Rev. The Lancet*. 9503: 2112-2117

- Flores, E; Rivas, E; Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 29-41
- Fozard, J. y Gordon-Salant, S. (2001). Sensory and perceptual changes with aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5ª ed.) (pp.241-266). San Diego, CA: Ed. Academic Press
- Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia. (26 de diciembre de 2018). Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia. Obtenido de <https://www.alzheimercolombia.org/actividades.htm>
- García-Calvente M, Mateo, I. y Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- García, M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 1B (Supl 2), 83-92.
- García, M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de seguridad. *Rev. Gaceta Sanitaria*, Vol. 18 (1): 132-139, Tomado de <https://doi.org/10.1157/13062262>
- Gaugler, J.E; Kane, R.A. y Langlois, J. (2000). Assessment of Family Caregivers of Older Adults. Em R.L. Kane y R.A. Kane (eds.): *Assessing Older Persons: Measures, Meaning and Practical Applications*. New York: Oxford University Press, pp. 320–359.
- Geldmacher, D. (2004). Differential diagnosis of dementia syndromes. *Rev. Clin Geriatr Med*. Vol.20 (1):27-43
- George, L.E. y Gwyther, L.P. (1986). Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *Gerontologist*, 26, 253–259.
- Gooding, M., Amaya, E., Parra, M. y Ríos, A. (2006). Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003 – 2005. *Rev. Acta de Neurología Colombiana*, Vol. 22(3).
- Gómez, P., Navarro, B. y Panadero, F. (SF). Enfermedad de Alzheimer.
- González, F., Graz, A., y Pitiot, D. (2004). Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Rev Hosp JR Ramos Mejía*. Vol. 9(4):1-22 Disponible en: <http://bit.ly/1tMfST2>.
- Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525-552). New York, NY: Guilford
- Gutiérrez, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Rev. Hallazgos, revista de investigaciones*, Vol. 6 (12):201-213

- Haley, W. (1996). The medical context of psychotherapy with the elderly. In: Knight BG, Zarit SH, editors. *A guide to psychotherapy and aging: effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: *Rev. American Psychological Association*
- Hawkins, D. y Graff-Radford, R. (2007). The Ability to Pun May be Retained in Alzheimer Disease. *Rev. Neurocase*, Vol. 13(1):50-4.
- Hernández - Sampieri, R (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. México D.F: McGrall Hill Interamericana Editores S.A
- International Psychogeriatric Association (IPA) (2002). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. International Psychogeriatric Association
- Islas, N., Ramos del Rio, B., Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*, Vol. 19(4): 266-71.
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 67-86
- Jack, C., Knopman, D., Weigand, S., Wiste, H., Vemuri, P., Lowe, V. (2012). An operational approach to National Institute on Aging Alzheimer's Association criteria for preclinical Alzheimer disease. *Rev. Ann Neurol*. Vol. 71: 765-75
- Jeffrey, L., Cummings, M., y Frank, J. (2002). Guidelines for Managing Alzheimer's Disease: Part II. *Rev. Treatment. American Family Physician*, Vol. 65(12): 2263- 2272
- Kantor, D. (2006). Enfermedad de Alzheimer. Review provided by VeriMed Healthcare NetYork. Medline plus encyclopedia médica [en línea] mayo 2006 [fecha de acceso 10 de octubre de 2018] URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000760.htm>
- Ketcham, C. y Stelmach, G. (2001). Age-related declines in motor control. En K.W. Schaie y J.E. Birren (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5ª ed.) (pp. 313-348). San Diego: Editorial Academic Press.
- Khandelwal, P., Herman, A. y Moussa, C. (2011). Inflammation in the early stages of neurodegenerative pathology. *Rev. Neuroimmunol*, Vol. 238:1–11.
- Kliegel, M. y Martin, M. (2003). Prospective memory research: Why is it relevant?. *International Journal of Psychology*, Vol. 38 (4): 193-194.
- Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *Gerontologist* 1993; 33:240-248.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns*. Editorial: Quelle & Meyer Verlag. Lerner.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *Revista American Psychologist*, Vol. 41 (1): 3-13.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Luna, D. (2010). Dificultades de regulación emocional (facilitado por el contexto de crianza) y su intervención desde una perspectiva conductual-cognoscitiva basada en solución de problemas, identificación de reglas, respiración y relajación en un niño de 8 años (Tesis de Especialista en Psicología Clínica ComportamentalCognoscitiva). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Maeyama, E., Kawa, M., Shirai, A., Miyashita, M., Kazuma, K. y Okabe, T. (2007). Experiencias del cuidador familiar en el cuidado de un paciente con cáncer terminal en su casa en Japón. *Rev. Palliative & Supportive Care*, Vol. 5(4): 389-95

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Rev. Vivat Academia*, Vol. 112, (42). Disponible en: <http://webs.ucm.es/info/vivat/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Masdeu, J., Zubieta, J., y Arbizu, J. (2005). Neuroimaging as a marker of the onset and progression of Alzheimer's disease. *Rev. Neurol Sci*, Vol. 236: 55-64

Mayer, K. y Baltes, P. (1996). Die Berliner Altersstudie – Ein Projekt der Berlin Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Vol.3.

Mercadal, M. y Marí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona:Monsa-prayama.

Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430 de 1993. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de Salud Mental. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>

Minghetti, L. (2005). Role of inflammation in neurodegenerative diseases. *Rev. Curr Opin Neurol*, Vol. 18:315–21.

Montero, R; Manzanares, A. (2005). Escalas de valoración del dolor. Centro de Salud Villa de Vallecas. *Revista Diagnostico*, Vol. 1: 527-530

Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Rev. Cuidado y Práctica de Enfermería*, Vol. 3 (5): 99-105

Murphy, B., Eisenberg, N., Fabes, R., Shepard, S., & Guthrie, I. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *MerrillPalmer Quarterly*, 45(3), 413-444.

- Naranjo, Y., Hernández, J., y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Rev. Scielo- Gac Méd Espirit*, Vol. 19(3).
- Nelson, P., Alafuzoff, I., Bigio, E., Bouras, C., Braak, H., Cairns, N., Rudolph, P; Castellani, J; Crain, B; Davies, P; Del Tredici, K; Duyckaerts, C; Frosch, M; Haroutunian, V; Hof, P (2012). Correlation of Alzheimer Disease Neuropathologic Changes With Cognitive Status: A Review of the Literature. *Rev. The American Association of Neuropathologists, Inc.*, Vol. 71(5), 362- 381.
- Nieto-Romero, R. (2017). Efectos de la musicoterapia sobre el nivel de ansiedad del adulto cariópata sometido a resonancia magnética. *Rev. Enfermería Universitaria*, Vol. 14 (2):88-96
- Organización Mundial de la Salud (1994). Clasificación Internacional de las Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Ojeda, A. y Espinoza, D. (2010). Afrontamiento y autocontrol en adolescentes michoacanos: evaluando su alternativa de ¿migrar o no migrar?. *Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 44 (1); 168- 175
- OMS. Autocuidado. 2008
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, M (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Rev. Gerontologist*. Vol. 30 (5):583-94
- Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B.L. Neugarten (Ed.), *Middle Age and Aging*. Chicago: Editorial University of Chicago Press
- Pérez, A. (2008). Dependencia, cuidado formal y función familiar. Análisis a través de modelo sociocultural del estrés y afrontamiento. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España
- Pinto, N. y Sánchez, B. (2000). El reto de los Cuidadores: Familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Pontificia Universidad Javeriana. (2014). Programa Intellectus. Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/documents/15838/916120/2011+-+Apoyo+a+cuidadores+de+personas+con+Alzheimer.pdf/0d16adcb-5412-43ed-bb27-0140253f6ddf>
- Pradilla, G., Vesga, E., Leon-Sarmiento, FE., et al., (2002). Neuroepidemiology in the eastern region of Colombia. *Rev Neurol*, Vol. 34: 1035–43.
- Pradilla, G., Vesga, B., León, F. y Geneco. (2003). Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO) Colombiano. *Pan Am Journal Puclic Health*, Vol. 14: 104-111.
- Price, J., y Morris, J. (1999). Tangles and plaques in nondemented aging and “preclinical” Alzheimer’s disease. *Rev. Ann Neurol*, Vol. 45: 258-68

- Ramírez, M. y Maturana, S. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Rev. De la Universidad Bolivariana*, Vol. 10 (30): 431-446
- Reyes, M. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV reunión de antropología do Mercosul. Brasil.
- Ribas, J., Castel, A., Escalada, B., Ugas, L., Grau, C., Magarolas, L.(2000). Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, Vol. 27:131-134.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A y García, L. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Rev. Aten Primaria*, Vol. 26:53-67
- Rodríguez, A. y Rihuete, M. (2011). Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Rev. El Sevier*, 135-140
- Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N. y Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. Vol. 175
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., et al., (2000). The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *Rev Neurol*, Vol. 30: 428-32.
- Ruíz, C, Nariño, D y Muñoz, J. (2010). Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. *Rev. Acta de Neurología Colombiana*, Vol. 26 (3): 87-94
- Ruiz, S., Camargo, L., Matallana, D., Montañez, P., et al., (2009). Una experiencia de 2600 valoraciones y 1918 casos de la clínica de Memoria de la Universidad Javeriana y el Hospital Universitario de San Ignacio durante doce años (1997^a 2009). Poster Congreso Colombiano de Neurología. *Rev. Acta Neurol Colombiana*, Vol. 25:170.
- Schaie, K. (1996). Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study. San Diego: Cambridge University Press.
- Serra, M., Vicente, V., Molero, J., Valls, I. y Ballespí, J. (2016). Evaluación de un programa de musicoterapia en una unidad de cuidados paliativos. La perspectiva de los cuidadores. *Rev. Medicina Paliativa*, Vol. 23(3), 129-140
- Shibutani, T. (1971). *Psicología social y psicología*. Buenos Aires, Paidós.
- Slachevsky, A., Fuentes, P., Javet, L. y Alegría, P. (2007) *Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias*. Guía para Familiares y cuidadores. Santiago, Chile: Editorial LOM
- Suarez, M; Alcalá, M. (2014). APGAR FAMILIAR: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*, 53-57.
- Sutherland, G., Chami, B., Youssef, P. y Witting, P. (2013) Oxidative stress in Alzheimer's disease: primary villain or physiological by-product? *Rev. Redox*, Vol,18:134-41.

- Trallero, C. y Oller, J. (2008). *Cuidados Musicales para cuidadores. Musicoterapia autorrealizadora para el estrés asistencial*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Turró, G. (2007). Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. *Alzheimer. Rev. De Realidades E Investigación en Demencia*, Vol. 35: 30-37. Disponible en: <http://docplayer.es/16253838-Repercusiones-de-la-enfermedad-de-alzheimer-en-el-cuidador.html>
- Ubiergo, M., Regoyos, S., Vico, M., y Reyes, R. (2005). El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Rev. Enfermería Clínica*, Vol. 15 (4): 199-205. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(05\)71112-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(05)71112-8)
- Universidad de Antioquia. (26 de diciembre 2018). Grupo de Neurociencias de Antioquia. Obtenido de <https://www.gna.org.co/neurosocial/>
- Vázquez, F., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, A. y Díaz, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 173-188
- Venegas, B. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Rev. Aquichan*, Vol. 6 (1): 137-47.
- Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Colección Políticas de Bienestar Social. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Wang, X. y Michaelis, E. (2010) Selective neuronal vulnerability to oxidative stress in the brain. *Rev. Front Aging Neurosci* 30:12.
- Yanguas, J., Leturia, F. y Leturia, M. (2000). El apoyo informal y el cuidado de las personas mayores dependientes. *Rev. Papeles del Psicólogo*. Vol. 76 (2):23-34.
- Zabalegui, A; Navarro, Y; Cabrera, E; Fernández, A; Bardallo, D; Rodríguez, E; Gual, P; Fernández, M; Argemí, J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol. 43(3), 157-166.
- Zambrano, R; Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 26-39
- Zarit, S.H.; Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

9. Anexos

9.1 Formato de Consentimiento Informado

Efecto de la musicoterapia en la reducción de la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores en la ciudad de Bogotá D.C

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

EDAD _____ Años FECHA: ____ ____ ____ HORA: _____

El proyecto de investigación Efecto de la musicoterapia en la reducción de la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores en la ciudad de Bogotá D.C, desarrollado por la Maestría en Musicoterapia es una iniciativa que tiene como fin evaluar el efecto de la musicoterapia en la sobrecarga física y emocional en un grupo de cuidadores, que asisten a la Fundación Alzheimer. Los profesionales involucrados en este proceso investigativo son **LIZETH ALEXA FANDIÑO VERGARA, FISIOTERAPEUTA Y MIGUEL ÁNGEL SUAREZ RUSSI, MÉDICO**, de tal forma que los procesos de percepción y generación de música estarán todo el tiempo monitoreados por dichos profesionales.

En un primer momento se dará a conocer de manera verbal, el proceso que se llevará a cabo, incluyendo el propósito de la investigación y la respuesta a preguntas que puedan surgir, acompañado de 5 test Entrevista de carga del cuidador Zarit, Cuestionario APGAR de la Familia y EVA, con el propósito de orientar al profesional en su actividad de investigación e interacción. Toda la información obtenida tendrá el carácter de confidencial. En un segundo momento, *se llevarán a cabo las sesiones Musicoterapéuticas, propias de la investigación a realizar*. En algunas circunstancias se podrán hacer registros sonoros o fílmicos que constituirán elementos confidenciales e integrantes de la historia clínica. En ningún caso se le obligara a *permanecer en la sesión* si no lo desea. Para evitar problemas de contagio no se utilizan instrumentos de viento, ni instrumentos que puedan producir lesión en el cuerpo. Las melodías, los volúmenes y frecuencias utilizadas para la producción y percepción de la música serán los adecuados y no perjudiciales para la audición humana. En el caso de que se presente algún tipo de contacto y/o manipulación inapropiada de instrumentos, que pueda generar algún tipo de molestia se deberá comunicar al musicoterapeuta y decidir en forma conjunta sobre la suspensión o continuación del ejercicio.

Usted puede desistir de este consentimiento informado en cualquier momento, sin ningún tipo de perjuicio para usted. Cualquier inquietud puede ser formulada a **MARÍA DEL PILAR RODRIGUEZ, PSICÓLOGA**, profesor(a) de la Facultad Musicoterapia de la Universidad Nacional de Colombia Teléfono 3165000 Ext. 12205. La Universidad Nacional de Colombia y la **Casa de la Igualdad**, se comprometen a guardar absoluto respeto a la integridad física, mental y emocional de los participantes, así como, a garantizar la confidencialidad de la información obtenida de cada uno de ellos, y a controlar su utilización para fines científicos y académicos exclusivamente correspondientes a este proyecto.

Yo _____, identificado con cc _____, por medio del presente documento, en pleno y normal uso de las facultades mentales, hago constar que

he leído conscientemente el presente documento, lo he entendido y comprendido y se me han resuelto todas las preguntas que he tenido al respecto de este proceso investigativo y estoy de acuerdo en participar en la presente investigación. Así mismo autorizo que con la condición de no mencionar mi identidad personal, sus registros filmicos (voz e imagen) y fotografías y toda la información recopilada, puedan ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y / o divulgación científica.

Firma del participante

Firma Musicoterapeuta Investigador

9.2 Formato de Planeación

DISEÑO DE SESIÓN

Objetivo general:

Objetivos específicos:

-
-
-

Actividades

Caldeamiento:

Consigna:

Tiempo aproximado:

Fase central:

Consigna:

Tiempo aproximado:

Fase de cierre:

Consigna:

Tiempo estimado:

Materiales:

9.3 Protocolos de sesiones 1 - 20

PROTOCOLO 1

Fecha: 23-10-18

Horario: 2:30-3:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover el auto-reconocimiento musical inicial y activar procesos mentales superiores, para favorecer la exploración musical inicial, procesos de escucha y cohesión grupal por medio del método de improvisación y recreativo, la exploración rítmica y corporal

Objetivos Específicos:

1. Facilitar procesos de comunicación intermusical, activación de procesos de atención, memoria y el reconocimiento del otro, por medio de la exploración percutiva corporal y la presentación de cada participante.
2. Explorar musicalmente una representación propia, para promover la identificación de sonidos propios y familiarizar a los participantes con los instrumentos, por medio del método de improvisación instrumental estructurada (aplicar la escala sonoro-musical en improvisación durante la semana)
3. Promover espacios de escucha intermusical de forma grupal, por parte de los participantes, para promover la cohesión grupal y desarrollar la confianza en el grupo, por medio del método de improvisación.
4. Activar recuerdos asociados a las canciones de la historia musical de los participantes para facilitar procesos de cohesión grupal y empatía por medio del canto conjunto, desde el método recreativo

Actividades: En el caldeamiento, de pie y en círculo, se propone a los participantes un ritmo dando dos pasos y un aplauso (asociado a sonidos de pum pum clap), una vez todos logran seguir el ritmo, se pide a los participantes que digan su nombre siguiendo el ritmo, luego el siguiente dice el nombre del compañero antes de él y el suyo y así sucesivamente, se realiza una variación cambiando el orden de los participantes, en la fase central, se invita a los participantes a escoger un instrumento, lo exploren y busquen un sonido con el que se sientan identificados (aclarando que pueden cambiar de instrumento), luego, cada uno toca una pequeña improvisación donde se describe a sí mismo, con una variación, donde todos cambian de lugar y con los ojos cerrados, la musicoterapeuta en formación toca a un participante que va a repetir su sonido y los demás tratan de identificar de quién se trata, en la segunda actividad de la misma fase, se pide un cambio de instrumentos a los participantes, y se da la instrucción para poder realizar una improvisación grupal, escuchando a los demás y evitando opacar el sonido del otro, con la duración que consideren. En el cierre, se recrea la canción pueblito viejo con acompañamiento de guitarra por parte de la musicoterapeuta en formación,

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En la actividad de presentación, se observa dificultad para seguir el ritmo planteado, donde es necesario, unificar ritmos algunas veces (logran hacerlo en momentos cortos y medios de tiempo), rápida fatiga, con inconvenientes para acoplar su nombre con el ritmo propuesto y luego para recordar el nombre de los demás participantes siguiendo el ritmo. En la actividad 2 (sonido que identifica), se observa curiosidad, disposición para manipular instrumentos, muy visuales al modelamiento, se ven relajados y curiosos para explorar los instrumentos
Utilización de instrumentos, describa: intención, preferencias y manipulación.	En las actividades 2 y 3 de la fase central hay manipulación de instrumentos, la mayoría con manipulación exploratoria, mecánica, con una intención descriptiva inicialmente con ejecución tensa al principio y más relajada al explorar el instrumento, algunos con instrumentos pequeños, de fácil manipulación
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Son improvisaciones individuales cortas (7 a 10 segundos) y la grupal mucho más larga de 4 minutos aproximadamente ya que tienen dificultad para determinar ellos mismos el final de la improvisación. Con una dinámica variable, ya que pasa de piano a mezzoforte, la densidad sonora es variable, ya que se modifica con cada participante y en la improvisación grupal, pasando de una alta a baja densidad, no hay un pulso definido, con frecuentes variaciones en intensidad y ritmo, poca cohesión. Hay diferentes timbres en las improvisaciones por presencia de instrumentos como maracas, palo de agua, bongoes, panderetas, pandero y cuatro con melódicos (marimba, metalófono y calimbas)
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de	En el cierre, se recrea la canción pueblito viejo, en canto conjunto, con soporte de guitarra, todos cantan con voz de pecho, tienden a modificar el tempo, poca escucha entre ellos, con variaciones tonales y de la dinámica, iniciando en

intensidad y densidad.	mezzopiano, incrementando progresivamente, hasta llegar a forte, teniendo en cuenta, que se canta varias veces la canción, hasta lograr unificar parcialmente al grupo. Tiene una duración aproximada por canción de 1 a 2 minutos aproximadamente
Formas musicales utilizadas:	En las actividades 2 y 3 de improvisación predomina el estacato, con improvisaciones individuales cortas, grupales más larga, no hay pulso definido. En el cierre, la forma musical es vocal, con voz de pecho, en canto conjunto de la canción pueblito viejo acompañado con guitarra (con soporte vocal-instrumental de la musicoterapeuta en formación).
Tiempo duración producción sonora- musical	En el caldeamiento, la producción sonora por participante varía de segundos a máximo 1 minuto (repetir secuencia de los nombres), en la fase central, las improvisaciones individuales son cortas (15 segundos aproximadamente) y la grupal más larga (4 min aproximadamente), en el canto conjunto la duración por canción es máximo de 1 minuto
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En la primera actividad, se requiere de la participación de todos con seguimiento rítmico corporal y vocal; contando con el apoyo entre ellos para recordar los nombres de todos. En la improvisación requieren un modelamiento inicial para poder desarrollar la actividad, sin embargo, todos toman el turno con timidez; en la improvisación grupal, hay iniciativa de algunos participantes para iniciar la improvisación, pero hay dificultad para el cierre del mismo, que asiste la musicoterapeuta en formación. En la recreación, todos participan vocalmente con el soporte vocal/instrumental de la musicoterapeuta en formación; los participantes inician solos la canción.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Hay un trato respetuoso entre ellos y con la musicoterapeuta en formación, se observa timidez en el primer contacto, son muy visuales, el modelamiento inicial les da seguridad y les anima a participar, todos toman el liderazgo por momentos. En el canto proponen variaciones en el tempo de la canción. Entre ellas, se apoya la participación, hay respeto en el turno del otro.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con exploración corporal (actividad 1), los métodos de improvisación instrumental (actividad 2 y 3) y recreación (actividad 4). Las técnicas empleadas fueron para la improvisación, técnicas: empatía (imitar, sincronizar), estructura (fondo rítmico), facilitación (modelar) y de procedimiento (permitir). Se emplea el canto conjunto con soporte armónico y vocal
Elaboración cognitiva:	Es el primer acercamiento, se observa procesos de atención, concentración y memoria conservados, con adecuada planeación y ejecución de las actividades, la parte cognitiva se aprecia conservada y desarrollada (la mayoría con estudios universitarios), comprenden y ejecutan adecuadamente las instrucciones, con dificultad para mantener la métrica de la canción, pese a que la conocían previamente.

PROTOCOLO 2

Fecha: 23-10-18 Horario: 3:40-4:30p.m Musicoterapeutas: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Facilitar procesos de comunicación musical para la identificación y expresión inicial de emociones e identificar los modos expresivos-receptivos, por medio de la exploración corporal, el método de improvisación

Objetivos Específicos:

1. Incentivar la comunicación no verbal, para explorar formas de comunicación alternas, por medio de la exploración corporal y el teléfono roto corporal
2. Facilitar la toma de liderazgo en cada participante, para el envío de un mensaje musical, por medio del método de improvisación, juego de director
3. Promover la expresión musical y corporal de las emociones, para lograr la identificación y conciencia de los mismos, por medio de la expresión corporal y el método de improvisación
4. Facilitar la identificación de una emoción para estimular su expresión musical, por medio del método de improvisación

Actividades: En el caldeamiento, de pie en círculo, todos tomados de las manos, con los ojos cerrados, se dirigen unas respiraciones, luego se explica a los participantes que se va a enviar un mensaje por medio de las manos y cada uno va a transmitir el mensaje a modo de teléfono roto, hasta que llegue nuevamente a quien envió el mensaje, una variación que se hizo, es el cambio de orden de los participantes y que algunos de ellos, enviaran un mensaje; en la fase central, se divide en 2 grupos grandes a los participantes, todos con instrumentos musicales y se explica y modela el juego del director, donde éste último va a ir rotando, hasta que participen todos, posteriormente, por grupos, definen un mensaje musical que quieran enviar al otro grupo y quien recibe va a tratar de identificar el mensaje, en la siguiente actividad de la misma fase, en grupos de 2 o 3 personas, se entrega a cada uno un papel que tiene una emoción con su definición, cada uno va a representar musical y corporalmente la emoción y los demás tratan de identificarla y finalmente para el cierre, se les pide una improvisación de la emoción que más les llama la atención y luego digan el nombre.

<p>Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.</p>	<p>Se observa buena disposición para las actividades, en el caldeamiento, hay dificultad para diferenciar estímulos similares, o disociar entre los dos hemisferios (en caso de llegar 2 estímulos o más de forma simultánea). En la fase central, juego del director, se observa una timidez inicial, que requiere reforzar el modelamiento inicial, luego, al animarse uno de ellos, se observan movimientos al principio tensos, pero se van relajando en la medida en que se genera confianza, hay exploración del plano alto y medio (elevación de miembros superiores, medio en cuclillas). Se ven cómodos con la actividad, hay desplazamientos por el espacio (director) y disposición y atención de los demás para atender la instrucción no verbal (cuerpo en tendencia flexora y cabeza en anterversión para prestar mayor atención.)</p>
<p>Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.</p>	<p>Se contó con instrumentos de percusión y 4 melódicos, con preferencia de instrumentos pequeños, de fácil manipulación, en la fase central y cierre hay manipulación de instrumentos exploratoria y mecánica al seguir las instrucciones del director y al dar el mensaje musical, pocos cambian de instrumento, se observa mayor comodidad en la medida en que exploran los instrumentos.</p>
<p>Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.</p>	<p>Son improvisaciones que por la actividad implica que sea individual (cuando la selección es por instrumento) y grupal al estar la totalidad de la "orquesta" interactuando, con mayor duración (40 segundos a 55 segundos) por director, en la primera actividad, en la canción dedicada de 32 a 54 segundos, con fluctuación del volumen e intensidad por la actividad, con momentos breves de definición de pulso, con una densidad sonora variable dependiendo del director, hay diversos timbres dado el tipo de instrumentos seleccionados. Con dinámica fluctuante de piano a mezzoforte (en gran parte, en algunos instrumentos se llegó a forte), hay mayor cohesión, definida por el director.</p>
<p>Producción musical con la voz, dinámica: temporal, melódica, tímbrica, intensidad y densidad.</p>	<p>Hay exploración vocal espontánea en los regalos grupales, con voz de pecho, mezzopiano de corta duración (32-54 segundos)</p>
<p>Formas musicales utilizadas:</p>	<p>Exploran ritmos sencillos con los instrumentos, en frases cortas, con el juego del</p>

	director se exploran los sonidos aleatoriamente, prevalece el estacato, sonidos repetitivos, pocos ligandos, sin pulso definido. En cuanto a lo vocal, emplean la voz de pecho, en canto conjunto.
Tiempo duración producción sonora- musical	La duración aproximada de las improvisaciones tanto instrumentales, como vocal-instrumental es de 30 a 55 segundos, por director.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el juego de director, se requiere la presencia de un líder y seguidores, luego de ser modelado por la musicoterapeuta en formación, para propiciar la participación de todos los usuarios, se anima las propuestas musicales espontáneas; sin embargo, todos toman el turno con timidez; con un cierre más claro.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	El caldeamiento requiere la participación de todos, ya que implica un emisor, receptor y transmisión del mensaje, en la improvisación hay respeto de turno, requieren un modelamiento para la exploración instrumental y física. Hay un trato respetuoso entre ellos y con la musicoterapeuta en formación, se observa timidez en el primer contacto, son muy visuales, el modelamiento inicial les da seguridad y los anima a participar, todos toman el liderazgo por momentos.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con exploración corporal (actividad 1), los métodos de improvisación instrumental (actividad 2 y 3) y recreación espontánea (emergente). Las técnicas empleadas fueron para la improvisación, técnicas: empatía (imitar, sincronizar), estructura (fondo rítmico), facilitación (modelar) y de procedimiento (permitir). Se emplea el canto conjunto.
Elaboración cognitiva:	Se trabajó en torno a toma de turnos, respeto del mismo, procesos de comunicación musical inicial entre los participantes (improvisación a modo pregunta respuesta). Se trabajó en torno a la cohesión grupal, mediante el intercambio de regalos musicales entre grupos, coherentes con la actividad planteada

PROTOCOLO 3

Fecha: 26-10-18 Horario: 2:30-3:30p.m Musicoterapeuta: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Identificar y valorar las estrategias y/o estilos de afrontamiento a la que recurren los participantes, para determinar el tipo predominante del grupo, por medio de la exploración corporal, los métodos musicoterapéuticos receptivo, improvisación y recreación

Objetivos Específicos:

1. Promover la exploración corporal para inducir activación y disposición del cuerpo por medio del método receptivo con música editada y contacto corporal
2. Facilitar la descripción sonora de conductas por parte de los participantes para lograr su reconocimiento y exploración corporal de las mismas por medio del método de improvisación
3. Identificar y expresar musicalmente el estilo de afrontamiento que manejan los participantes, para verificar inicialmente que tan funcionales son, por medio del método de improvisación
4. Concluir con la construcción de una palabra los aportes que toman de la sesión, para lograr procesos de autoconocimiento, por medio del método receptivo

Actividades: En el caldeamiento, se les pide que caminen un poco al ritmo de la música y luego, en parejas se cuenta con un escultor y una estatua, según la compilación musical, el escultor va acomodando su estatua, moviéndola acorde como la música lo haga sentir (felicidad, tristeza, tranquilidad, rabia), luego cambian de rol y de pareja, en parejas, se entrega a cada uno un papel que contiene una palabra con su respectiva definición, primero las cuatro emociones básicas y luego unas estrategias (pelea, diálogo, escape, planear, confrontar y distanciar), luego, la van a presentar musical y corporalmente frente a sus compañeros, quienes tratarán de identificar la palabra, finalmente, van a identificar cuál usan en situaciones estresantes y lo van a sonorizar frente a sus compañeros.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensorpercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Se observa un poco de timidez al inicio, en el caldeamiento, se ve una exploración del cuerpo en planos altos (no en medios ni bajos), gran uso de gestos y modelamiento, contacto físico respetuoso, no hay problema con trabajar con personas diferentes, exploración corta del equilibrio con ciertas posturas, mayor exploración de cuerpo conectado con el sonido, apertura de miembros superiores la mayoría de las veces, son muy visuales al modelamiento.
Utilización de instrumentos, describa: intensión, preferencias y manipulación.	Se observa variación en los instrumentos usados, algunas persisten con el uso de la marimba y el metalófono, panderetas y claves, pero se explora también palo de agua, bongoes, pandero, caja china, maracas y calimba. La manipulación es de tipo exploratoria, mecánica, con intención descriptiva, con tensión inicial, pero luego, más relajada.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En las improvisaciones por parejas, de las emociones son cortas (5 a 10 segundos), en las de la palabra son un poco más largas (5 a 50 segundos), tienen dinámica variable, ya que algunas son piano, otras fuerte, otras mezzoforte con densidad sonora baja, no tienen pulso definido, con variación en intensidad y volumen, algunas bajas y otras altas acorde a lo que quieren representar. Hay diferentes timbres en las improvisaciones por instrumentos como maracas, palo de agua, bongoes, panderetas, pandero, marimba, metalófono y calimba
Formas musicales utilizadas:	Durante las improvisaciones predomina el estacato, sin pulso definido, sin acentos, ritmos variables dependiendo de quién improvisa, con alta densidad sonora, con volumen medio a bajo.
Tiempo duración producción sonora- musical	En las improvisaciones de las emociones básicas son cortas (5 a 10 segundos), en las de la palabra son un poco más largas (5 a 50 segundos), algunas duraron máximo 1 minuto en la representación de la palabra
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Hay toma de turnos para la representación musical, sin embargo, por cada grupo, siempre hay una líder para tocar el instrumento, requieren modelamiento inicial de las actividades antes de realizarlas.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Se promueve el intercambio de roles de liderazgo en el caldeamiento, en la improvisación, en cada grupo hay un líder corporal y uno musical; hay iniciativa en cuanto a la toma de turnos y la participación activa, promoviendo la cohesión grupal y la participación de todo el grupo. Se promueve el trabajo grupal, siempre en un trato respetuoso, con mayor énfasis a la escucha de la producción musical de los participantes, mayor contacto físico respetuoso entre ellos, con el objetivo de

	representar las palabras y las situaciones, mayor uso de gestos, sonidos y desplazamientos por el salón, son muy visuales, continua comunicación verbal durante las actividades, muy participativos
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con el uso de métodos como: receptivo (caldeamiento) e improvisación (fase central y cierre); técnicas: facilitación (modelar) y procedimiento (permitir, ensayar y ejecutar)
Expresión emocional:	En el caldeamiento, se hace el primer acercamiento a la exploración emocional de las 4 emociones básicas (alegría, tristeza, rabia y desagrado), luego en la fase central, al musicalizar y expresar corporalmente cada una, se da la oportunidad de ver la forma en que cada grupo lo expresa, luego, se familiariza con la descripción musical de palabras asociadas a estilos de afrontamiento y la identificación de cuál usan en su vida diaria.
Elaboración cognitiva:	Se trabajó en torno a la representación y reconocimiento de emociones y de palabras asociadas al afrontamiento, que requirió de la comprensión de cada una de las definiciones, la planeación y ejecución corporal y musical de las mismas, con adecuada ejecución, a su vez, se valora las emociones que reconocen con mayor facilidad y la recursividad de los participantes al encontrar dificultad a la hora de identificar las palabras

PROTOCOLO 4

Fecha: 26-10-18

Horario: 3:30-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Incentivar el liderazgo y la toma de turnos, para evaluar los comportamientos de los participantes en diversas situaciones, por medio de los métodos musicoterapéuticos recreativo improvisación y la exploración corporal

Objetivos Específicos:

1. Motivar la exploración de instrumentos percutivos y corporal, para mejorar la cohesión grupal y la conciencia del espacio, por medio del método de improvisación y la exploración corporal
2. Facilitar la exploración de nuevos instrumentos como las campanas para facilitar la toma de turnos y evaluar los comportamientos grupales de los participantes por medio de melodías sencillas, el juego del director y el método recreativo instrumental.
3. Fortalecer la cohesión grupal e indagar respecto a la historia musical de los participantes y facilitar la comunicación musical de las participantes, por medio de la dedicatoria de canciones.

Actividades: En el caldeamiento, los participantes en círculo, con ayuda del pandero, cada uno va a tener 1 instrumento por turnos y quien lo tenga va a proponer un ritmo y los demás se desplazan por el espacio acorde a la persona quien toca, luego se rota el instrumento, en la fase central, con las campanas y los boomwhackers, se da tiempo para que los explore y luego se explica que cada uno tiene un color determinado y que al señalar el color de la cartelera, debe tocar las campanas que tengan ese color y se les pide que toquen en un orden determinado (Fray Santiago, los pollitos dicen, estrellita) y el himno de la alegría, luego se hace un juego de director con cada participante y para el cierre, se realiza una dedicatoria de canciones al grupo por parte de cada participante y quienes conozcan la canción, los acompañan.

Dimensión Física, describa en el uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Al inicio hay movimientos tensos, rígidos, con pobre libertad de los miembros superiores e inferiores, luego, con el modelado, poco a poco se van soltando, con mayor movilidad de los miembros inferiores y movimiento rápidos, miembros superiores con pobre exploración (salvo una participante).
Utilización de instrumentos, describa: intención, preferencias y manipulación.	Se contó con un instrumento de percusión en el caldeamiento (pandero) que todos debían explorar, las campanas, boomwhackers, marimba y metalófono, con manipulación mecánico y exploratorio de los mismos siguiendo la instrucción visual. Se aprecia la intención de la mayoría por explorar y percibir el sonido, siendo curiosas por los nuevos instrumentos
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el caldeamiento, son propuestas cortas (10 a 40 segundos), algunos ritmos conocidos, con el único timbre del pandero, con dinámica mezzoforte, densidad baja, intensidad con crescendo y decrescendo, volumen que varía de medio a un poco alto, velocidad variable de lento a rápido, en ostinatos cortos. En la fase central, varía en timbre, se cuenta con campanas, boomwhackers, marimba y metalófono, se emplean primero acorde a las instrucciones del musicoterapeuta, pero luego, se hace un juego de director por cada uno con duración corta (10 a 50 segundos), desarrollo de frases muy cortas en ostinato (posiblemente por tratarse de estrés), volúmenes bajos en su mayoría, intensidad baja, aunque al facilitar la improvisación grupal, con densidad (de media hasta alta), la intensidad (altos volúmenes e incremento de la velocidad de interpretación). No hay un pulso definido aún, con fluctuaciones de momentos de bajo, medio y alto volumen.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Cada participante propuso una canción, algunos iniciaron con volumen bajo, pianno, pero en la medida que los otros lo acompañaban en un canto conjunto, aumentaron a mezzoforte y a forte en algunas canciones, todos cantan con voz de pecho, algunos cantan en un tempo más lento, que hace audible la diferencia entre ellos, hay poca escucha entre ellos al cantar, las canciones duran de 10 a 40 segundos.
Formas musicales utilizadas:	Hay más exploración de las campanas y los boomwhackers, algunas con marimba y metalófono, densidad sonora media, con estacatos, negras, siguiendo la secuencia planteada, cuando es la exploración con juego de director, prevalece de igual forma el estacato, ritmos sencillos y de corta duración, con notas aleatorias por la exploración que realizan.
Tiempo duración producción	En el caldeamiento son propuestas cortas de 10 a 40 segundos, en la

sonora- musical	improvisación con las campanas de 20 a 50 segundos, en el canto va de 10 segundos a 1 minuto aproximadamente.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el caldeamiento hay un líder y seguidores, donde cada participante, tiene la posibilidad de ser líder y proponer un ritmo, en la primera parte de la fase central, en las dos actividades, se requiere del mismo modo, un líder y seguidores, con atención y memoria y para el cierre, se requiere de una propuesta de cada participante, donde cada uno inicie y desarrolle una canción determinada, contando con el acompañamiento de los compañeros.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Soy muy visuales, requieren modelado inicial, no hay contacto físico propuesto, se ve un interés en las actividades, para prestar atención, sin embargo, les cuesta en cuanto a la agilidad de la ejecución, hay una gran regulación verbal y gestual entre ellos, contacto visual constante, se modela el respeto del turno, hay compañerismo y motivación del otro a participar en las actividades.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	En la sesión fue directiva, se emplearon los métodos de improvisación y recreación en canto conjunto; entre las técnicas se emplearon: estructura (fondo rítmico), intimidad (dar), facilitación (modelar) y de procedimiento (permitir, retirarse)
Elaboración cognitiva:	Se trabaja la atención, concentración y la ejecución de tareas sencillas con manipulación de instrumento, observando dificultad a la hora de tocar el instrumento cuando el estímulo visual se presenta, presentando dificultades para la atención y la velocidad al tocar el instrumento. Comprenden las consignas presentadas y actúan de forma coherente a la misma

PROTOCOLO 5

Fecha: 30-10-18 Horario: 2:30-3:30p.m Musicoterapeutas: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover la musicalización de un familiar de su red de apoyo y la persona bajo su cuidado, para reconocer el estado de las relaciones con los familiares descritos anteriormente por medio de los métodos receptivo, improvisación

Objetivos Específicos:

1. Favorecer la identificación corporal y gestual de familiares de su red de apoyo y persona bajo su cuidado, para evocar vivencias relacionados con ellos, por medio del método receptivo
2. Facilitar el reconocimiento sonoro de familiares y de la persona bajo su cuidado, para identificar las emociones asociadas a ellos, por medio del método de improvisación
3. Identificar sentimientos positivos hacia familiares cercanos y/o persona bajo su cuidado, para modificar las emociones asociados a ellos, por medio del método de recreación.

Actividades: En el caldeamiento, con música de fondo (acorde a la historia musical de cada uno), los participantes caminan por el espacio y respiran de forma guiada, luego van a caminar y hacer gestos, movimientos y posturas que tiene uno de sus familiares o alguien de su red de apoyo, luego como lo hace la persona bajo su cuidado, en la siguiente fase, se les pide a los participantes que escojan un instrumento que les recuerde el familiar que representaron, exploren el instrumento y luego muestre como suena ese familiar y luego con la persona bajo su cuidado, luego, cada uno va a pensar como les gustaría sentirse con el familiar que representaron y en parejas, van a cantar una parte de una canción que así lo refleje, para luego cantarla frente a sus compañeros.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: senso-percepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Los participantes exploran el espacio con movimientos en bloque, pobre movilidad de los miembros superiores, un poco tensos al inicio, algunos hacen movilizaciones articulares suaves o estiramientos cervicales, poco uso de gestos, salvo de las personas que recuerdan un ser querido que falleció y se tornan tristes y algunos lloran, al identificar algunas canciones, cantan espontáneamente mientras se desplazan.
Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Escogen panderetas, maracas, cajas chinas, tambor de olas, claves, metalófono, bongoes, calimba, con instrumentos de fácil manejo, con manipulación exploratoria, mecánico, de corta duración, algunas con un tinte descriptivo (con dificultad), tocan de acuerdo a la consigna presentada.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Densidad sonora baja, la mayoría toca piano o mezzoforte, algunas tocan con estacato, negras y otras con corcheas, algunas hacen variaciones en intensidad, empezando en baja y llegando a media o alta, algunas con ostinatos breves, ritmos sencillos y cortos.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Cantan en voz de pecho, modo canción, de corta duración de 10 a 50 segundos, con voz piano a mezzoforte, baja densidad sonora, en un grupo hay variación de volumen de bajo a alto, los demás mantienen un volumen constante (medio). En el cierre, la voz es un volumen entre medio y alto, cantan a voz de pecho, con una duración de 2 minutos y medio (acorde a la duración de la canción)
Formas musicales utilizadas:	En las improvisaciones de la fase central, prima el estacato, fraseos cortos, algunos ostinatos, con negras y corcheas, sin pulso definido, ritmos cortos, algunos similares a unos establecidos culturalmente, durante el canto, algunos se acompañan de instrumentos musicales, durante estos, algunos logran seguir un pulso estable breve, para el cierre la forma musical es vocal, con voz de pecho, canto conjunto de la canción vivir mi vida de Mark Anthony.
Tiempo duración producción sonora- musical	En la improvisación individual, la duración es de 20 a 40 segundos, en parejas para los que tocan instrumentos de 10 a 30 segundos, en el canto de 20 a 40 segundos y en la canción final 2min 30 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el caldeamiento se requiere la participación activa de todos, en la siguiente, cada uno propone una improvisación corta e identifican una emoción, lo que requiere independencia del grupo, en el otro, requiere trabajo grupal y consenso entre ellos y en el cierre, se requiere de la participación de todos en el canto conjunto.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso	Son visuales, sin embargo, no requieren un modelado tan fuerte para realizar las actividades, no se genera contacto físico por el tipo de actividades, son respetuosos en el turno del otro; hay mayor cohesión y confianza grupal. Entre ellas se dan apoyo para las actividades de canto tanto individuales como grupales.

grupal.	
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con exploración corporal, con el método receptivo (actividad 1), también se usó el método de improvisación instrumental (actividad 2) y recreación (actividad 3 y 4). Las técnicas empleadas para la improvisación, fueron las técnicas: facilitación (modelar) y de procedimiento (permitir y retirarse). Se emplea el canto conjunto con soporte vocal
Expresión emocional:	En el caldeamiento se busca despertar recuerdos asociados a familiares de su red de apoyo o de la persona bajo su cuidado, en la segunda, se pide que por medio del instrumento expresen el sonido que les recuerde un miembro de su familia o la persona bajo su cuidado, asociado a una emoción, obteniendo por participantes los siguientes: PC recordó a la mamá (persona a quien cuida), asociado a tristeza; EL nostalgia, asociado al hermano, AP recordó a la hermana, asociado a lucha (fuerza), EM, recuerda al esposo y con él la ternura, MEC recordó a la hermana y su alegría, XM a la mamá (a quien cuida) y con ella la ternura, CS recordó a la hija y su alegría, finalmente, RC recuerda a su esposa y de ella, la alegría, al final al cantar la canción, identificaron por grupos alegría (en tres grupos) y nostalgia.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja en torno a la identificación y expresión emocional, observando gran coherencia con la consigna y lo que realizan, buena disposición, expresan dudas de inmediato en caso de tenerlas.

PROTOCOLO 6

Fecha: 30-10-18

Horario: 3:00-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover el desarrollo de competencias emocionales para facilitar la toma de conciencia y expresión de las emociones, por medio de la exploración corporal y los métodos musicoterapéuticos improvisación, receptivo

Objetivos Específicos:

1. Estimular la expresión corporal y gestual de las 4 emociones básicas (miedo, rabia, alegría y tristeza), para favorecer su conciencia, por medio del método receptivo y la exploración corporal y gestual
2. Identificar el clima emocional en una situación determinada, para incentivar la conciencia emocional y la identificación de valores por medio de la exploración corporal y el método de improvisación.
3. Promover procesos de regulación emocional para facilitar la toma de conciencia entre la presencia de una emoción y el comportamiento asociado a ellas, por medio del método de improvisación.
4. Promover la relajación de los participantes y el aprendizaje del ritmo y melodía de la canción al sur, para su posterior trabajo, por medio de método de recreación

Actividades: En el caldeoamiento, con música acorde a la biografía musical de cada participante, y cada participante se va a mover y hacer gestos, acorde a como la música los haga sentir (nostalgia, alegría, miedo, rabia, etc); luego se divide a los participantes en subgrupos y a cada uno, se da un papel con una emoción y su definición (miedo, rabia, alegría y tristeza), con la que cada grupo va a crear una escena contando con actores y músicos, teniendo en cuenta sus experiencias previas, identificando a su vez un valor, para representarlas a sus compañeros, quienes tratarán de identificar la emoción y el valor; luego, de las emociones observadas, cada uno va a identificar a que los acompañe con mayor frecuencia, escojan un instrumento y musicalicen la misma y digan en una palabra qué hacen cuando esa emoción los acompaña y para el cierre, se canta “al sur” de Silva y Villalba, con acompañamiento en guitarra de la musicoterapeuta en formación.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Se observa movimientos en bloque, algunos movimientos de miembros superiores, pero usualmente, están adosados al tronco, hay exploración en planos medios, en la siguiente, con buena disposición para representar las emociones, empleando varios gestos y movimientos corporales para facilitar la representación, se ven más cómodos con el uso del cuerpo y los instrumentos musicales.
Utilización de instrumentos, describa: intención, preferencias y manipulación.	Escogieron panderetas (EL lo prefiere desde el inicio), metalófono (EM lo usa desde las primeras sesiones), calimba, caja china, maracas, pandero, tambor de olas, palo de agua, de fácil manipulación, exploratorio, con intenciones descriptivas, solamente manipulan un instrumento a la vez, se ven más cómodas con los instrumentos musicales, algunos cambian de instrumento según consideran necesario, coherente con la consigna presentada.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Hay variación en timbres, con instrumentos de semillas (maracas y tambor de olas), percutivos de membrana, percutivos como panderetas, caja china y claves; son improvisaciones un poco más largas (10 segundos a 2 minutos 30 segundos), con variaciones en la intensidad y el volumen, pasando de uno normal a alto, densidad sonora baja por la cantidad de instrumentos manipulados simultáneamente (1 o 2), con dinámica de piano a mezzoforte en las representaciones corporales grupales. En las individuales, hay cambio de instrumentos (unos participantes cambian por tambor de olas, maracas, metalófono y bogoes), tienen una corta duración (5 a 45 segundos), con dinámica piano a mezzoforte, sólo 1 en forte, con volumen medio y bajo, densidad sonora baja; la mayoría sin pulso definido, con exploración de diferentes ritmos.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En las improvisaciones individuales, una participante explora la voz (representar alegría), en el canto conjunto, se observa mayor cohesión grupal, canto con voz de pecho, dinámica piano, con leves incrementos del volumen de medio a alto, con densidad sonora media, algunas variaciones de tempo, por dificultades con la letra de la canción; con duración promedio de 1 minuto 30 segundos.
Formas musicales utilizadas:	En las improvisaciones sigue predominando el estacato, algunos participantes logran seguir un ritmo sencillo, en frases cortas y pulso estable por momentos, el cierre la forma musical es vocal, modo canción, la mayoría canta con voz de pecho, canto conjunto de la canción “al sur”, con acompañamiento vocal-instrumental de la

	musicoterapeuta en formación..
Tiempo duración producción sonora- musical	Las representaciones corporales-instrumentales tienen una duración de 10 segundos a 2 minutos 30 segundos aproximadamente, las individuales de 5 a 45 segundos y el canto conjunto de 1 minuto a un minuto 20 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el caldeamiento, se requiere que cada uno explore de forma independiente su cuerpo, sin embargo, buscan modelo visual, en las representaciones, se observa que en cada grupo hay un líder que coordina el proceso, con menos timidez a la hora de presentarse frente al grupo, en la individual se requiere de la iniciativa de cada participante, en la recreación todos participan vocalmente, contando con el soporte instrumental vocal de la musicoterapeuta en formación, sin embargo, requieren que la musicoterapeuta en formación inicie el canto o les de la entrada, notando mayor cohesión grupal.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Son muy visuales, sin embargo, se observa mayor exploración gestual y corporal, hay contacto físico leve, respetuoso, siempre en las extremidades y algunos abrazos breves; con un trato respetuoso, salvo en un momento donde dos participantes improvisaron al tiempo sin escuchar a la otra que genera un pequeño momento de tensión, ya se ven con mayor confianza y seguridad en las interacciones corporales y musicales, con mayor ánimo a participar voluntariamente
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con exploración corporal, por medio del método receptivo, luego, con improvisación instrumental y corporal (actividad 2 y 3) y recreación (actividad 4). Las técnicas empleadas fueron para la improvisación, técnicas: facilitación (modelar) y de procedimiento (permitir). Se emplea el canto conjunto con soporte armónico y vocal
Expresión emocional:	En el caldeamiento se hace la primera evocación corporal hacia las emociones a trabajar, en la fase central, los participantes identifican 3 emociones que más los acompaña: miedo (2 personas), alegría (4 personas), tristeza, recurriendo a valores como la perseverancia, la fuerza, tranquilidad y el valor para afrontarlos.
Elaboración cognitiva:	Se pide conciencia, reconocimiento por medio del cuerpo y los instrumentos musicales de las emociones y de valores a las que recurren para afrontarlos, a su vez, estrategias para representar corporal y musicalmente situaciones cotidianas asociadas a la emoción que les correspondió, para su expresión, iniciando el proceso de autoconocimiento.

PROTOCOLO 7

Fecha: 06-11-18

Horario: 2:30-3:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Afianzar el reconocimiento musical propio y el de los demás participantes, para mejorar los procesos de identificación musical y la comunicación grupal musical, por medio del método receptivo y la activación corporal

Objetivos Específicos:

1. Disponer a los participantes para la sesión, facilitando los procesos de concentración y atención, por medio de movilizaciones articulares suaves y el tapping en las extremidades
2. Facilitar el reconocimiento de los sonidos propios y de los demás, para lograr mayor cohesión grupal y promover la comunicación intermusical, por medio del método receptivo, mediante la escucha de la biografía musical de cada participante
3. Condensar las experiencias y/o recuerdos activados durante la sesión, en una o dos palabras, para determinar el grado de conexión con su historia musical y el de los demás

Actividades: En el caldeamiento, se pide a los participantes que, en círculo, cada uno proponga un movimiento para activar el cuerpo y los demás lo imitan, luego se hace tapping desde los pies, hasta la cabeza; para la fase central, se pide a los participantes que adopten una posición cómoda ya que van a escuchar fragmentos de la historia musical de cada uno, al final, van a tratar de identificar de quien se trata y para el cierre, cada uno va a decir en 1 o 2 palabras lo que consideran que fue lo más importante de compartir y que les compartieran una parte de su vida y de los demás.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Los participantes exploran diferentes formas de movimientos, luego de un calentamiento suave, como coordinación entre miembros superiores e inferiores, saltos suaves, unos con mayor dificultad que otros, integran movimientos de cintura escapular y pélvica, exploran plano medio y bajo (ejercicio de tocar los pies y sentadillas), se ven más tranquilos y cómodos, su lenguaje corporal revela gran interés y entusiasmo por las actividades propuestas.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Algunas participantes cantaron espontáneamente al escuchar canciones que reconocían, con dinámica piano a mezzoforte, con volumen bajo a medio, por momentos pierden la línea melódica y retoman por momentos, debido al conocimiento de la letra.
Tiempo duración producción sonora- musical	El canto espontáneo duro en promedio de 10 segundos a 1 minuto 30 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En la primera, se requería de la presencia de un líder y seguidores, respetando el turno de los demás participantes, en la segunda actividad, se requiere que la musicoterapeuta en formación, constantemente facilite la concentración y atención en los audios y en la última, cada quien puede dar su aporte de forma voluntaria.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Manejan un trato cordial, pero interrumpen las biografías musicales frecuentemente, por lo que requieren un estímulo visual, gestual o verbal para retomar nuevamente, predomina el lenguaje gestual, con mayor cohesión grupal.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue de tipo directiva, con exploración corporal (actividad 1) y el método receptivo, con escucha activa de los participantes.
Expresión emocional:	En la primera actividad, no se busca una exploración emocional, pero los participantes se ven alegres y atentos para participar, en la segunda, están conectados con las canciones que escuchan, al final reportan que se sienten identificados al ser contemporáneos, emotivo, los transportó a recuerdos de su pasado, asombro al ver tantas similitudes entre ellos y fue enriquecedor, comunión. Les pareció importante que los otros conocieran de sí mismos su forma de ser, de expresarse y de ver la vida
Elaboración cognitiva:	Se trabajó en el reconocimiento del otro y el auto-reconocimiento desde las biografías musicales y se realiza una elaboración verbal de los más significativo (reportado en el anterior recuadro)

PROTOCOLO 8

Fecha: 06-11-18

Horario: 3:30-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover la identificación del yo real y el ideal de los participantes, para facilitar el autoconocimiento por medio de los métodos musicoterapéuticos receptivo e improvisación

Objetivos Específicos:

1. Favorecer el reconocimiento y la comunicación inter-musical entre las participantes por medio de la descripción musical de una persona, por medio del método de improvisación referencial descriptiva o asociativa según sea el caso
2. Facilitar la identificación del yo real e ideal por medio del método receptivo y la creación de un collage de silueta, así como para conocer las fortalezas, debilidades, aspiraciones y mecanismos de afrontamiento de las participantes.
3. Integrar los sueños, fortalezas y demás elementos identificadas por las participantes, por medio del método de improvisación.

Actividades: Inicialmente, se pide a los participantes que escojan un instrumento pensando en la persona que está a su derecha, na vez lo hagan, cada uno va a tocar una descripción de esa persona de su forma de ser y cada uno va a tocar y va a decir lo que quería mostrar; con música de fondo, los participantes dibujan en un octavo de cartulina una silueta dividida en derecha e izquierda, donde en la derecha, van a recordar, pegar, escribir, dibujar lo relativo a metas, sueños y aspiraciones y en el izquierdo como son ahora, con fortalezas, debilidades, valores, entre otras cosas, en el cierre, cada uno escogiendo el instrumento que prefiera, va a tocar una de las dos partes de su yo el real o el ideal.

Utilización de instrumentos, describa: intensión, preferencias y manipulación.	Entre los instrumentos que emplearon se observa: metalófono, palo de agua, bongoes, maracas, panderetas, caja china, algunas cambian de instrumento y esta vez incluyen la guitarra, con instrumentos de fácil manipulación, exploratoria, mecánica algunos y otros logran describir con dificultad lo presentado en cada consigna. Se ve mayor seguridad en la selección y al tocar los instrumentos. Ninguno comparte instrumento.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Son improvisaciones individuales cortas de 20 a 45 segundos, algunas tocan ritmos predefinidos (la lechuza), en dinámica varía de piano a mezzoforte, con volumen que varía de bajo a fuerte, dependiendo de quién improvise, con baja intensidad sonora, algunos logran definir pulsos por momentos, con presencia de diferentes timbres dados los instrumentos elegidos, con manipulación convencional.
Formas musicales utilizadas:	Son improvisaciones cortas, prima el uso de estacatos, la mayoría usa negras, algunas blancas y corcheas, con dinámica piano y mezzoforte, andante o allegro muy corta, algunas logran definir un pulso en un corto período de tiempo,
Tiempo duración producción sonora-musical	Son improvisaciones individuales cortas de 20 a 45 segundos
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Durante las actividades se requiere de trabajo independiente, con participación voluntaria, sin embargo, estaban muy dispersas, con trato respetuoso entre ellas, se ven un poco intimidadas al escuchar la representación musical del otro, con iniciativa para participar, no requieren de gran modelamiento, se anima la construcción individual.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	No hay contacto físico, hay constantes interrupciones entre ellas, son muy visuales y gestuales, se promueve el aporte individual, con gestos y miradas tratan de autorregularse entre ellos y de no funcionar, emplean la verbalización de la conducta que buscan modificar.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	En la sesión se empleó una forma directiva, con los métodos receptivo e improvisación; técnicas: de procedimiento (retirarse).
Expresión emocional:	En las actividades, se busca la autoconciencia o auto reconocimiento de cada participante, tanto en su forma de ser actual, como su ideal, con sueños, esperanzas, aspiraciones, entre otras. Se observa gran motivación en el ideal, a su vez, poca descripción del yo real.
Elaboración cognitiva:	La sesión requiere de la capacidad para poder describir a otra persona y a sí mismos con un lenguaje diferente (musical); a su vez, se les pidió representarse por medio de imágenes, palabras dibujos tanto en su yo real, como en el ideal (proyección de

	sueños, metas, gustos).
--	-------------------------

PROTOCOLO 9

Fecha: 09-11-18

Horario: 2:50-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover la definición del yo real centrado en el reconocimiento de fortalezas y debilidades de las participantes, como medio de autoconocimiento a través de los métodos musicoterapéuticos improvisación, composición y recreación

Objetivos Específicos:

1. Facilitar la concentración y la activación cognitiva, mediante el juego “de la palabra a la canción”, por medio del método recreativo
2. Identificar valores, fortalezas y debilidades de las participantes a través del trabajo de la silueta elaborada, por medio del método de improvisación
3. Promover la identificación de cualidades y fortalezas, para lograr su afianzamiento, por medio de las canciones “Al sur” y “yo me llamo cumbia”, a través del método de composición, rellenar espacios
4. Integrar las fortalezas identificadas por las participantes, por medio del método de recreación.

Actividades: En el caldeamiento, una variación, es que se realiza un calentamiento corporal inicial, luego, las participantes se dividen en 2 grupos, el juego consiste, en que se les va a decir una palabra y un participante de cada grupo va a correr a un punto definido, el primero que llegue, va a dar la oportunidad al grupo de cantar una canción que contenga la palabra exacta, gana el grupo con mayor cantidad de puntos, en la siguiente fase, se pide a los participantes que recuerden de la silueta que elaboraron 3 cualidades que van a decir en voz alta; luego, con lo que identificaron previamente, se parodia la canción yo me llamo cumbia de forma grupal, para el cierre, se va a presentar la canción compuesta, teniendo en cuenta que son canciones que se están dedicando a sí mismas, acompañamiento en guitarra de la musicoterapeuta en formación.

Dimensión Física, describa el uso del cuerpo: sensorial, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En la activación corporal inicial, se ve las participantes con buena disposición, con mejoría leve en la coordinación, movimientos más libres (pese al frío del día), se exploran movimientos de miembros superiores, con movimientos disociados de cintura escapular y pélvica, proponen ejercicios de coordinación inter-hemisférica, unos con mayor dificultad que los otros.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Primero, los participantes cantan a capella y luego con soporte de guitarra la canción recordando la melodía y fraseo, todos con diferente volumen e intensidad, alguno de bajo, medio y alto, por momentos con el tempo más lento, mientras recuerdan la letra, con dinámica variable, unos cantan pianissimo, otros piano y otros mezzoforte, por momentos el tempo es más lento, debido a duda con la letra, la mayoría canta con la voz de pecho. En la medida en que se modifica la letra, se observa mayor seguridad cantando la canción, con incremento del volumen e intensidad a medio, logrando mayor cohesión grupal durante el canto.
Formas musicales utilizadas:	La forma es el canto conjunto, modo canción, con uso de negras, corcheas y redondas acorde a la línea melódica de la canción.
Tiempo duración producción sonora-musical	En promedio, cantando duran entre 1 minuto a 1 minuto 20 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el caldeamiento, se requería de la participación de todos los integrantes del grupo, en la identificación de canciones y el trabajo grupal, en la composición, se requiere del aporte de cada una en la construcción de la letra y en la recreación de la parodia final.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Hay adecuada confianza entre ellos y con la musicoterapeuta en formación, el trato es respetuoso, invitando a participar a cada uno, se observa relaciones de liderazgo en el trabajo grupal, mayor comunicación por gestos entre ellas, son participativas y disfrutan de la música.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	En la sesión se emplea un modo directivo, con los métodos de recreación y composición. Las técnicas empleadas fue en composición, rellenar espacios en blanco y se aporta fondo rítmico estable, por medio de la parodia de canciones.
Expresión emocional:	En la primera actividad, no se busca una exploración emocional como tal, en la segunda, hay contenido emocional, en la identificación de valores, fortalezas entre

	otras, en la creación grupal, refieren un sentido de pertenencia con la canción y orgullo al ver que pueden escribir una canción que hable de ellos.
Elaboración cognitiva:	Se solicita a los participantes que, teniendo, en una palabra, que se les da, recuerden una canción que contenga la misma y la canten. En el trabajo de composición, se realiza teniendo en cuenta la canción yo me llamo cumbia, los participantes modifican con asistencia la letra de la canción, algunas reportan dificultades para la rima o el fraseo de la canción, dificultad para identificar cualidades propias y plasmarlas (que requería un trabajo de introspección y auto-reconocimiento importante), y en el grupal, entre todas animaron la producción grupal.

**Anexo la canción grupal creada
YO ME LLAMO VIDA**

Yo me llamo vida, tengo presencia por donde voy
Soy una persona sincera y fuerte en mi labor
Soy agradecida y valoro mucho tu gran amor
Tengo cualidades como ternura y mucha pasión (bis)

Traigo fortalezas para lograr tu superación
Me gusta cantarte y acompañarte con mucho amor
Cuido mi persona y me entrego a ti con dedicación
y me gusta mucho poder brindarte mi corazón (bis)

PROTOCOLO 10

Fecha: 13-11-18

Horario: 2:40-4:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Fortalecer los valores encontrados en el yo real, aplicadas en el afrontamiento de experiencias asociadas al cuidado para mejorar las competencias cognitivas y conductuales, por medio de la exploración corporal, los métodos musicoterapéuticos receptivo, improvisación y recreación.

Objetivos Específicos:

1. Fortalecer procesos de confianza grupal, para afianzar la cohesión grupal, por medio de una actividad receptiva y de improvisación.
2. Modificar la orientación negativa de las situaciones estresantes, para favorecer el cambio cognitivo hacia uno positivo, por medio de los métodos receptivo, improvisación y recreativo
3. Promover el desarrollo de estrategias de carácter racional dirigidas a la solución de problemas, para minimizar el uso de estrategias disfuncionales, por medio de la exploración corporal y el método improvisación.
4. Integrar la composición “yo me llamo vida” de las participantes, para promover su práctica, por medio del método de recreación.

Actividades: Para el caldeamiento, se forman grupos de 2 o 3 personas, teniendo en cuenta que un mismo grupo escogen instrumentos similares, pero de diferente sonido entre los grupos, luego determinan sonidos que van a guiar la forma de desplazarse, luego, se cubre los ojos a uno de los participantes se le cubre los ojos, y por medio de los sonidos que establecieron, deben caminar a encontrar a su compañero de grupo (ubicado al otro extremo del salón), luego cambian de rol; luego, sentados, con los ojos cerrados, escuchan una compilación musical reforzada con música en vivo que amplifica motivos musicales específicos, que busca llevar a los participantes a un estado de estrés y ansiedad por medio de la música, luego se les pide que toquen cómo se sintieron y que lo expresen verbalmente, luego, un grupo va a representar una situación asociada al cuidado (Ver anexo al final), con soporte musical de la musicoterapeuta en formación, luego se divide en subgrupos a los participantes y van a crear un final a la situación corporal y musicalmente a sus compañeros (teniendo en cuenta que no se pueden repetir), al final comentan la forma de solucionar, para el cierre, se canta la canción compuesta por ellos, “yo me llamo vida”.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En el caldeamiento, los participantes con los ojos cubiertos se ven aprehensivos respecto al desplazamiento guiados por el sonido, hacen movimientos lentos, pasos cortos, brazos adosados al tronco, adelantados para evitar contacto con algo externo, al encontrar a su guía se ven felices y más tranquilos, algunos con contacto leve y respetuoso del cuerpo del otro. En la representación de la situación emplean más gestos, movimientos, exploran los planos medio y bajos, con mayor recursos corporales, se ven cómodos y tranquilos con la exploración corporal
Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Los participantes escogen bongoes (una participante cambia de instrumento), panderetas (una cambia de instrumento), metalófono (cambia la participante de instrumento), caja china (cambio), maracas y claves, instrumentos de fácil manipulación, exploratoria, algunas ya logran con un fin más descriptivo, en otros mecánicos. Son coherentes con la consigna presentada; algunas participantes tocan de forma atípica los instrumentos.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En cuanto al timbre, hay poca variación debido a la presencia de instrumentos de membrana, de semillas (maracas), melódico (metalófono), percutivos (claves, caja china y panderetas), algunas de las improvisaciones inician piano, progresa hasta llegar a forte, de tempo Adagio a moderato, volumen e intensidad que varían de bajo a alto de forma progresiva, sin embargo con densidad sonora baja debido a que sólo se toca un instrumento por vez, algunos logran definir un pulso por momentos, ritmos variables acorde al instrumento y la persona quien improvisa, cortos.
Producción musical con la voz, dinámica: temporal, melódica, tímbrica, intensidad y densidad.	Canto conjunto, en dinámica piano (al inicio) a mezzoforte (al integrar mejor la letra), con volumen medio, densidad sonora media.
Formas musicales utilizadas:	Durante las improvisaciones, emplean el estacato, negras, notas ligadas de forma aleatoria (xilófono), con ritmo variable, desordenado, rápidos, la dinámica varía de piano a forte. A nivel vocal es modo canción, canto conjunto, dinámica mezzoforte.
Tiempo duración producción sonora- musical	En el caldeamiento la duración de la guía es aproximadamente de 1 a 2 minutos, en las improvisaciones individuales son de aproximadamente 10 a 40 segundos, la

	representación corporal y sonora de la situación 8 minutos y en subgrupos de 10 segundos a 3 minutos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Desarrollan mecanismos para guiar al otro de forma sonora, de forma activa, en la siguiente es un rol de escucha activa del estímulo musical, el siguiente es una mezcla de sonoro-corporal, con participación activa de todos los participantes, y la final el canto conjunto de todos los participantes.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Se promueve el trabajo de forma independiente como el grupal, siempre en un trato respetuoso, con mayor énfasis a la escucha de la producción musical de los participantes, mayor contacto físico respetuoso entre ellos, con el objetivo de representar las palabras y las situaciones, mayor uso de gestos, sonidos y desplazamientos por el salón, son muy visuales, continua comunicación verbal durante las actividades, muy participativos
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	En la sesión se emplearon métodos directivos, con los métodos de recreación e improvisación. Las técnicas empleadas en improvisación: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (permitir, ensayar y ejecutar)
Expresión emocional:	En la primera actividad, no se busca una exploración emocional. En la segunda las participantes reportan percibir en la música: AM tranquilidad, angustia, desesperación, confusión, al final equilibrio (montaña rusa emocional), XM reporta inspiración, fuerza, energía, vitalidad; MCA reporta tranquilidad, alegría, caos; MEM reporta ganas de correr, intranquilidad, acelerada, ansiedad, AEL reporta agitación, momentos de lucidez y de querer buscar imágenes de cosas buenas; CS reporta que quería parar, pero desvió la atención para no seguir sintiendo eso, RC reporta tropel, agitación, quería buscar un oasis para encontrar la calma, luego expresan diversas formas de solucionar un problema asociado al cuidado
Elaboración cognitiva:	Se trabaja con procesos mentales superiores como la planeación y ejecución de actividades para lograr crear sonidos para guiar a otra persona y dejarse guiar, luego, al representar y buscar un final a la escena representada, observando que hay más opciones presentadas.

SITUACIÓN

Deben ir a una cita médica que han esperado meses, se levanta, mira el calendario para confirmar la hora que anotaron de la cita, luego, va a cuarto y levanta a la mamá, debe bañarla, arreglarla y darle desayuno para poder salir, pero ella no quiere, tiene frío y no quiere levantarse, le insiste, hasta que finalmente se levanta, la lleva al baño lentamente, ya que camina con pasos pequeños y con dificultad, hasta el baño, donde la duchan, secan, cambian y peinan. La lleva al comedor y la dejan sentada, para poder preparar un caldo de costilla y chocolate. Como está solo, va al baño rápidamente a ducharse y arreglarse, escuchan un grito, sale corriendo del baño y encuentran que la abuela se cayó de su silla, con cuidado levantan y la sientan nuevamente, la revisa y aparentemente no tiene nada.

Sirven el desayuno y tratan de que la abuela coma algo, pero está triste y no quiere recibir, deben insistir bastante para que coma un poco, miran el reloj es tarde; buscan el teléfono y llaman al transporte que previamente acordaron para poder llevarla al hospital, pero nadie contesta, desayuna rápidamente, mientras marca nuevamente, hasta que finalmente contestan, no las van a recoger, van muy tarde, llaman un taxi, pero no quiere entrar hasta el conjunto, les pide que bajen a la abuela y caminen hasta la entrada del conjunto. Van a levantarla y tiene mucho dolor, camina aún más lento y mayor dificultad, logran salir del apartamento, pero deben bajar un piso para poder subir al ascensor, no hay a la vista alguien que les ayude. Trata de persuadir a la abuela para que baje, pero tiene miedo y dolor, no pueden darle medicamentos, ya que el médico lo exigió como requisito. Luego de insistir, logran bajar la escalera lentamente y entrar al ascensor, caminan a la entrada y el taxista es un grosero, que no la ayuda a subir a la abuela, logra acomodarla y ya por fin van en camino, pero hay un trancón tenaz, llegan demasiado tarde, bajan del taxi y no hay silla de ruedas para poderla transportar, porque están ocupadas, es muuy tarde y deben facturar la cita, pero hay mucha fila y la cajera está hablando por celular y n presta atención a la gente, todos están muy molestos, entonces.....

PROTOCOLO 11

Fecha: 16-11-18

Horario: 2:30-3:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Facilitar el reconocimiento de emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, para promover la exploración y control de los mismos, mediante la exploración corporal, los métodos musicoterapéuticos de improvisación, receptivo y recreativo.

Objetivos Específicos:

1. Representar las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, para facilitar su reconocimiento, por medio del método de improvisación
2. Plasmar las emociones que genera la persona bajo el cuidado, para incentivar el fortalecimiento vincular en los participantes, mediante el método receptivo y recreativo.
3. Activar la agilidad mental, para entregar un mensaje a la persona bajo cuidado, mediante la improvisación vocal trovando.

Actividades: Cada participante escoge un instrumento y con él van a tocar dos de las emociones que con mayor frecuencia los acompaña durante el cuidado de su familiar, luego, verbalicen, por medio de una consigna cantada, se introduce el ritmo y fraseo de la trova invitándolas a cantar la la la la la la la, con el nombre de cada una se invita a cantar, luego, se pide a los participantes que en una hoja escriban unos versos que rimen, se ayuda a acomodarlos de 7 u 8 sílabas, donde plasmen que les gustaría decir o dedicar al familiar bajo su cuidado, en el cierre cada uno va a cantar por medio de la trova el mensaje que escribieron a su familiar y la canción yo me llamo vida, con soporte en guitarra de la musicoterapeuta en formación.

Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el caldeamiento, se ven tímidas, debido a que no habían trovado antes, por lo tanto, unas evaden contestando con sonidos o aplausos, otra explora sonido vocal, pero no logra seguir la línea melódica propuesta, luego de insistir, se logra una respuesta vocal conjunta quienes participan cantan con dinámica pianissimo y piano, una participante se abstiene de cantar en la parte individual, pero participa en la grupal pianissimo, luego, cuando se sienten más cómodas cantan mezzoforte, con densidad sonora baja, algunas logran seguir la línea melódica propuesta, otras se salen de la misma, volumen bajo a medio, intensidad baja a media. En el canto del mensaje a la persona a quien cuida, MEC canta mezzoforte, logra llevar una línea melódica clara, intensidad media, volumen medio-bajo, densidad sonora baja, CS, canta piano, logra seguir una línea melódica clara, intensidad baja, volumen medio-bajo, densidad sonora baja, MC dinámica piano, volumen e intensidad bajos, con dificultad para seguir la línea melódica, densidad sonora baja, EM canta piano, con gran dificultad para seguir una línea melódica, volumen e intensidad bajos, densidad sonora baja, A mezcla el canto con el diálogo, logra seguir una línea melódica clara, piano, intensidad y volumen bajos, densidad sonora baja, E es un diálogo cantado, piano, con gran dificultad para seguir una línea melódica clara, densidad sonora baja. En el canto conjunto de la canción yo me llamo vida, se ve mayor confianza, cantan mezzoforte, con mejor seguimiento de la línea melódica, densidad sonora media, volumen medio a alto, intensidad media.
Formas musicales utilizadas:	Forma musical vocal, modo canción, de forma individual tipo trova y en canto conjunto cumbia con la canción compuesta por los participantes
Tiempo duración producción sonora- musical	En la primera actividad, la duración fue corta, de 5 a 15 segundos en promedio, en el canto de la trova con el mensaje para el familiar, la duración de 10 a 50 segundos aproximadamente.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Es necesario insistirles para que se animen a cantar, modelar mucho para que canten, dar espacios y siempre contar con el soporte de la guitarra, entre ellas se motivan al escuchar el aporte de cada una. En el canto grupal, se sienten acompañadas y cantan mejor.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Se promueve el trabajo de forma independiente, requieren modelación y soporte de guitarra constante, sin embargo, se tornan tímidas, les cuesta iniciar la trova, pero lo logran, es un trato respetuoso y al escuchar el aporte de cada una, lo valoran y resaltan el mensaje, promoviendo la participación de las demás, con un trato respetuoso, son muy visuales.
Métodos y técnicas	En la sesión se emplea un modo directivo, con los métodos recreativo, improvisación

musicoterapéuticas:	y composición. Las técnicas empleadas: técnicas de facilitación (modelar, repetir), técnicas de procedimiento (ensayar y ejecutar)
Expresión emocional:	En el caldeamiento, se trabaja el afrontar la exposición a algo nuevo, que lo hacen con timidez, en la composición, se busca conocer las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, que en la mayoría es positiva de amor y respeto.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja con procesos mentales superiores en conocer un ritmo y luego escribir un texto corto con una métrica específica y luego facilitar el canto trovado del mismo, son elaboraciones cognitivas complejas.

ANEXO PRODUCCIONES ESPONTÁNEAS

MEC

Madrecita, madrecita
 Quisiera siempre decir
 Te amo con toda mi vida
 Desde hoy hasta mi fin
 Madre, madre querida
 Te amo como a ninguna
 Por tu forma de querer
 A todita tu familia

CS

A doña Carmen le digo
 Personaje de admirar
 Luchadora y muy capaz
 Más difícil de encontrar
 Para encontrar otra te digo
 Es difícil de hallar
 Cuando ellas nacieron
 Ese molde lo rompieron
 Esos moldes que rompieron
 Y que nunca re-hicieron
 Porque todos los pelao's
 Respetar ya no quisieron

MCA

Por todo tu compromiso
 Con toda la familia
 Yo siempre vivo pensando
 En pasar con alegría
 Junto a toda mi familia (risas hasta ahí hizo)

EM

Poder ir a verte

Es lo que me gusta hacer

Momentos que recordar

Aquellos en los que reíste

Tomar chocolatico

Poder recordar

esas tardes tan felices (hasta ahí elaboró)

AM

Amada madre mía

Mi alma iluminada

Esta muy agradecida

Por todos los sacrificios

Que tu hiciste en tu vida

Bendita seas madre mía

Por toda tu dedicación

Por todo tu amor

Y tu ejemplo al actuar

Todos te amamos mucho

Cada uno a su manera

Y cada quien te brinda

Lo mejor de su existencia

Recibe este día madre

El amor de tu familia

No preocupes por nada

Porque Dios está contigo

EC

Ledita siempre fuiste y serás

Un modelo digno de admirar

Tu bondad y tu nobleza

Aunque fue hace mucho tiempo

Tu sonrisa (hasta ahí hizo)

PROTOCOLO 12

Fecha: 16-11-18

Horario: 3:50-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Fortalecer el vínculo entre cuidador y persona dependiente, para facilitar la interacción diaria, por medio de los métodos musicoterapéuticos de improvisación vocal, composición y recreación.

Objetivos Específicos:

1. Representar las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, para facilitar su reconocimiento, por medio del método de improvisación.
2. Identificar aspectos positivos de las personas bajo su cuidado, para mejorar el vínculo entre ellos, por medio de la parodia de la canción "Soy colombiano", a través del método de composición, rellenar espacios
3. Integrar la canción final de las participantes, para facilitar su aprendizaje o posibles cambios, por medio del método de recreación.

Actividades: Para el caldeamiento, se pide a los participantes que escojan un instrumento musical, y con ella, trate de musicalizar las emociones que con más frecuencia los acompaña durante el cuidado del familiar, luego, teniendo en cuenta el trabajo realizado con la trova, se va a cambiar la canción soy colombiano de forma grupal, que se va a presentar para el cierre de la sesión, cantándola un par de veces en forma grupal, con el acompañamiento en guitarra de la musicoterapeuta en formación.

Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Entre los instrumentos que escogieron se encuentran: el metalófono (cambia la persona que lo usa), maracas, caja china, panderetas, bongoes (cambia de participante) y palo de agua, donde la mayoría cambia de instrumento, con manipulación mecánico, otros logran una expresión de emociones inicial, exploratoria. Tocan coherente con la consigna presentada, algunas tocan los instrumentos de forma atípica.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el timbre hay instrumentos melódicos (metalófono), de membrana, semillas, caja china y claves; con ritmos sencillos, con baja densidad sonora, volumen medio (bajo en algunos), en el metalófono se explora con negras, algunos ligandos rápidos, intervalos entre notas, intensidad baja, con dinámica piano, variación tímbrica.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el primer estudio de la canción con letra original de soy colombiano, se ve variaciones en el tempo al no recordar la letra, intensidad baja, volumen bajo, con dificultad para el seguimiento de la línea melódica. En la construcción de la letra, cada uno aportó una sección de la canción, de forma individual cantaron piano (salvo una que cantó mezzoforte), en volúmenes medios-bajos, intensidad baja y con baja densidad sonora. Al tener una letra acorde a las expectativas del grupo, cantan mezzoforte, con volumen medio-alto, intensidad media, con mayor cohesión grupal, aún cuesta mantener el tempo.
Formas musicales utilizadas:	En el caldeamiento, se observa estacato, negras, con exploración de diferentes ritmos cortos, algunas con pulso definido, en la composición la forma es vocal, con voz de pecho, canto conjunto, con acompañamiento vocal-instrumental de la musicoterapeuta en formación.
Tiempo duración producción sonora- musical	En las improvisaciones individuales duran de 5 a 25 segundos, en el canto de la composición 2 minutos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En las improvisaciones se observa trabajo independiente, encontrando similitudes en las emociones, pero no en el sonido que los representan, en la composición se brinda modelamiento vocal, para facilitar recordar la letra y la línea melódica de la canción, entre todas se aporta en la construcción de la letra y en la corrección de la misma para que encaje. Se logra mayor confianza en la exploración vocal con el grupo, con mejoría en la cohesión musical vocal.
Interacción interpersonal, rol desempeñado visual, gestual, contacto físico, verbal y grupal.	Se observa un trato respetuoso en el grupo, comprenden con mayor facilidad el lenguaje corporal entre todos y la musicoterapeuta en formación; se apoya y anima la participación de todos. Mayor cohesión de grupal.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue directiva, con los métodos de improvisación, recreación y composición. Las técnicas empleadas fueron: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (permitir), técnica de estructura (centro tonal), para composición parodia de canciones, rellenando espacios en blanco.

Expresión emocional:	Se trabaja en torno a la identificación de emociones asociadas a la persona a quien cuidan, encontrando: MCA tranquilidad, EM entrega, unión, MEC intranquilidad, AM ternura, EL alegría y felicidad, CS comprensión, RC alegría y amor.
Elaboración cognitiva:	Se identifica emociones asociadas a la persona bajo su cuidado, que se condensaron en una composición para favorecer su expresión, con un proceso cognitivo alto, ya que requiere atención, memoria, seguimiento de una línea melódica, planeación y ejecución de tareas, con algunas dificultades para seguir la métrica de la canción, pero en la medida en que se estudia, se va corrigiendo poco a poco.

Anexo letra de la canción en tu compañía

A mí dame un abrazo,
De esos que salen del alma,
de las fibras de tu vida
y el sabor de tus entrañas.
No me des olvido y tristeza
que es duro y no sabe a bueno,
porque yo quiero siempre
Ser de tu corazón el primero.

Ay! que orgulloso me siento
De estar en tu compañía.

A mí dame una caricia
de esas que llegan al alma,
caricias que ya me alegraban
cuando apenas decía mama.

Lo demás será bonito
Con el corazón tranquilo,

como cuando a mí me cantaban
Cuando yo era chiquito.

Ay! que orgulloso me siento
de compartirte mi vida.

Y para mí una mirada
Una mirada, muy tuya,
Que derrite hasta mi alma
de suave amor y ternura.

abrazos, música y besos
Del interior de mi alma.
Ay! que orgulloso me siento
De estar con mi ser amado.
Ay! que orgulloso me siento
De estar con mi ser amado

PROTOCOLO 13

Fecha: 20-11-18

Horario: 2:40-4:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover la reestructuración cognitiva para la identificación y manejo de la culpa en los participantes, asociado a la persona bajo su cuidado, por medio de los métodos de improvisación, recreativo

Objetivos Específicos:

1. Identificar momentos, situaciones y personas asociadas a la culpa, para facilitar su reconocimiento, por medio del método receptivo
2. Reconocer pensamientos y conductas negativos, asociados a la culpa y al cuidado, para facilitar su conciencia, por medio del método de improvisación y expresión corporal
3. Activar las estrategias de afrontamiento, para buscar formas de afrontar esos sentimientos en los participantes, por medio del método de composición
4. Fortalecer el vínculo entre cuidador y persona dependiente de cuidado, para reducir sentimientos de culpa, por medio del método de recreación.

Actividades: En el caldeamiento se pide a los participantes que adopten una posición cómoda y con los ojos cerrados escuchen una canción (échame a mí la culpa, Albert Hammond), mientras lo hacen, se induce verbalmente a que recuerden momentos, situaciones y personas que les hicieron sentir culpa, se hace nuevamente la inducción con música sin letra, luego cada uno representa musicalmente ese sentimiento; luego, los participantes con ayuda de los instrumentos, van a representar musical y corporalmente 2 conductas asociadas a la culpa, relacionado con el cuidado del familiar, 1 positiva y 1 negativa, con ello, van a escribir un pequeño fragmento a modo de canción, donde indiquen como pueden cambiar esas conductas asociadas a la culpa, teniendo en cuenta 2 ritmos, vals y bambuco, con círculo de G y A, con el acompañamiento de la musicoterapeuta en formación con soporte instrumental, en el cierre, cada grupo va a cantar su canción, con el acompañamiento de la guitarra.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En la fase central, al representar las situaciones recurren a gestos y movimientos, solo dos grupos realizan desplazamientos por el espacio, se ven más cómodos con el uso del lenguaje corporal, no se intimidan al demostrar frente a sus compañeros las opciones que plantearon. Hay mayor confianza en la corporalidad.
Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Los participantes escogieron palo de agua, caja china, pandereta, maracas, bongoes y metalófono, dos participantes no cambian de instrumento, realizan manipulación convencional, de instrumentos sencillos, aunque en otra actividad la mayoría cambian de instrumentos, algunos con manipulación exploratoria y mecánica, otros con fines descriptivos. Tocan con coherencia acorde la consigna.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En la parte individual, son producciones cortas, con volumen e intensidad alta, dinámica forte en algunos, piano en otros, prima el estacato, con ritmos muy cortos, sin pulso definido. En las grupales son un poco más largas, sin pulso definido, ritmos sencillos, con densidad sonora baja. Poca variación tímbrica, volumen bajo, intensidad baja.
Producción musical con la voz, dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	La mayoría tuvo dinámica piano, con intensidad baja y volumen bajo, densidad baja, algunas desarrollaron su composición modo pregunta respuesta y otros a modo de canción, algunos con dificultad para seguir la línea melódica de la canción, la mayoría con tempo andante.
Formas musicales utilizadas:	Prima el uso del estacato, en negras, algunas con dinámica forte y otras piano.
Tiempo duración producción sonora- musical	Las individuales son cortas de 5 a 20 segundos, las grupales varían unas de segundos 2 a 5 segundos a unas un poco más largas de 30 segundos y finalmente en la canción grupal de 10 a 40 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Hay un trabajo independiente inicial, luego, en colaboración, donde se observa apoyo grupal para potenciar las habilidades de todos, en lo musical y corporal, requieren soporte musical en las canciones y asesoría para poderlas desarrollar.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Hay apoyo constante entre ellos, se promueve el trabajo en grupo para afianzar la cohesión entre los participantes, mayor uso de gestos, no se genera ambiente donde se juzgue la opinión del otro, sino de confianza donde se puede conversar tranquilamente de alguna problemática, con el objetivo de

	representar las palabras y las situaciones, mayor uso de gestos y desplazamientos por el salón, son muy visuales, muy participativos
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue directiva, con los métodos receptivo, composición e improvisación. Las técnicas empleadas: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (permitir, retirarse, ensayar y ejecutar)
Expresión emocional:	En la improvisación individual cada participante reporta EL rabia, EM angustia, afán, CS al principio dice sentirse neutra y luego comenta que es por la crianza de obedecer a los demás, AM armonía, PC rebeldía que dañó la relación con su mamá, XM por anteponer las necesidades de los otros sobre las propias (como CS y EM), AP en un momento que golpeó al hijo, RC remordimiento por no saber lo que tuvo su suegra y determinó su muerte y caída del hijo, MCA dice la importancia de hablar las cosas para evitar la culpa, MEC reporta no sentir culpa. En la improvisación grupal comentan AP reporta rabia, AM indiferencia, CS y PC rebeldía, culpa por dar mal una indicación, MEC y AL tristeza y discriminación (preferencia entre los hijos), MCA y XM nudo en la garganta y reflexión, RC y EM mentira, rabia, desesperación
Elaboración cognitiva:	Se trabajó en torno a la identificación de emociones negativas, por medio de varias actividades, para favorecer su expresión musical, con un proceso cognitivo alto, en la elaboración de la composición por parejas, ya que requería de atención, memoria, planeación y ejecución.

Anexos de las canciones desarrolladas

Ahora ya se

Ahora ya se
 Perdóname
 Por no haber sabido
 El bien decir
 No fue mi intención lastimarte
 Aprendí la lección
 Acepto que a pesar
 de mis buenas intenciones
 puedo equivocarme
 ahora ya se
 espero que hayas encontrado tu camino
 ahora, sé que a veces es mejor
 decir no se
 Me perdono, por no haber sabido dirigirte
 Ahora ya se

Adiós a la culpa

Cuando me siento culpable
 Yo me enconcho y analizo
 Ya que si no lo hago
 El nudo aprieta mi garganta
 Culpa, culpa
 No sientas la culpa
 Culpa, culpa
 Ya no me persigas
 Cuando ella me persigue
 Yo la enfrento con coraje
 Luego la miro a los ojos
 Y la vuelvo chiquitica
 Culpa, culpa
 No sientas la culpa
 Culpa, culpa

Ya no me persigas
 Al tenerla chiquitica
 Yo la arrojo a la fogata
 Para que se transforme
 En propósito de vida
 Culpa, culpa
 No sientas la culpa
 Culpa, culpa
 Ya no me persigas

Quiero

Quiero, quiero vivir
 Quiero observar
 Todo en la vida
 Nos va a enseñar
 Si actúas bien
 O actúas mal
 Tu recompensa
 Así tendrás
 Hoy ya mi vida
 Quiero cambiar
 Y a mis hermanos
 Voy a ayudar
 Con todo cariño y sinceridad
 Y que haya armonía
 A toda edad
 Así tendremos felicidad
 Sin diferencias
 Ni terquedad

Fluye

Respira allí, respira
 Cierra los ojos

Analiza los hechos
Medita en calma
Perdona
Siempre perdona
Que la paz llegará
Y un día lo olvidarás
Fluye, fluye

Las doble E

A veces cuando me veo
Me veo triste y llorosa
Porque en mi vida recuerdo
Esos momentos vividos
De soledad y nostalgia
Después de años pasados
Miro mi vida tranquila
Y río con alegría
De aquellos días de antaño

PROTOCOLO 14

Fecha: 23-11-18

Horario: 2:30-3:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover la modificación de esquemas cognitivos en cuanto a la estabilidad emocional para promover la autorregulación de la conducta y fortalecer las estrategias de afrontamiento, por medio de la exploración corporal y los métodos de improvisación, receptivo y recreación

Objetivos Específicos:

1. Inducir recuerdos y experiencias asociadas a la frustración, para facilitar en los participantes el acercamiento al mismo, por medio de la exploración corporal y el método receptivo.
2. Facilitar la exploración de experiencias frustrantes asociadas al cuidado por parte de las participantes para mejorar la tolerancia y búsqueda alterna de soluciones a situaciones, por medio de la exploración corporal y el método de improvisación
3. Identificar mecanismos de afrontamiento de la frustración (positivos o negativos) y hacia que la dirigen las participantes para facilitar su conciencia y posterior modificación, por medio del método musicoterapéutico de improvisación
4. Fortalecer el aprendizaje de la canción compuesta de las participantes, para reforzar el trabajo de los facilitadores personales, por medio del método de recreación, canto conjunto

Actividades: Se pide a los participantes que caminen por el espacio mientras escuchan una compilación musical, y se induce a que recuerden momentos y personas con quienes sintieron frustración y van a moverse como cuando se sienten frustrados y las emociones que llegaron en ese momento; en grupos, uno va a actuar como una persona con Alzheimer y otro como cuidador, por medio de los instrumentos musicales, sonidos vocales y su cuerpo, lo van a convencer de hacer una tarea específica, teniendo en cuenta que lo no pueden tocar, luego, cambian de rol; teniendo en cuenta lo anterior, van a escoger un instrumento musical y con él van a tocar cómo se siente cada uno cuando está frustrado y van a decir la emoción, de cierre, van a cantar en tu compañía.

<p>Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.</p>	<p>Los participantes exploran movimientos libres de miembros superiores, inferiores a modos de calentamiento, sacudidas de las manos, al inducir a la emoción, se ven movimientos más lentos, con tensión cervico-dorsal y en miembros superiores en algunas, una participante explora planos bajos en una sentadilla, se modela gestos, posturas, se imitan y amplifican algunos gestos de las participantes, que hace que algunas exploren más gestos y movimientos asociados. En la segunda actividad, exploran los recursos corporales y sonoros para llamar la atención de la persona, observando mayor riqueza en los mismos y tranquilidad explorando el cuerpo y los sonidos del mismo como una herramienta, exploran el espacio movilizándose libremente, se ven cómodos.</p>
<p>Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.</p>	<p>Hay varios cambios de instrumentos, se cuenta con palo de agua, panderetas, maracas, metalófono, claves (las personas que usualmente usan un instrumento, realizan cambios y exploran unos nuevos), escogen instrumentos de fácil manipulación, por las actividades, la mayoría son exploratorios, ya no tan mecánicos, por tener un objetivo específico, por lo tanto, modifican el sonido acorde a las necesidades. Exploran acorde a la consigna presentada.</p>
<p>Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.</p>	<p>No hay variación tímbrica respecto a las sesiones previas, emplean dinámica fortissimo con alguna duración, luego va en decrescendo de forma progresiva, con alta densidad sonora, volumen e intensidad altos, que de forma progresiva van disminuyendo hasta llegar a bajo y detenerse, sin pulso definido. En subgrupos (al tocar como se sienten cuando ya sacaron la frustración) se observa: intensidad y volúmenes medios a bajos de forma progresiva, ritmos lentos, densidad sonora baja, dinámica piano.</p>
<p>Producción musical con la voz, dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.</p>	<p>Como es una composición del grupo con mayor confianza, se observa dinámica mezzoforte, con intensidad y volumen medio, mejor seguimiento melódico, tempo andante, con densidad sonora media.</p>
<p>Formas musicales utilizadas:</p>	<p>Durante las improvisaciones, emplean el estacato, con ritmo variable, con variaciones en las dinámicas de forte en decrescendo hasta llegar a piano, hasta Stinguendo el sonido. Con la voz, es canto conjunto, modo canción, voz de pecho de los participantes.</p>

Tiempo duración producción sonora- musical	Improvisación del grupo completo 1 minuto 30 segundos, en subgrupos 20 a 30 segundos y el canto conjunto 2 minutos aproximadamente.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En el caldeamiento es un rol de escucha activa y proponer movimiento, en la siguiente se requiere de un líder musical y alguien a quien deben guiar desde lo musical-corporal, conectado con el desfogue grupal de las emociones con soporte musical que requiere de la participación completa del grupo, así como para recordar la canción en tu compañía. Mayor cohesión grupal.
Interacción interpersonal, rol visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	Emplean con mayor libertad el cuerpo y el sonido, obteniendo mayores posibilidades de comunicación con la persona con Alzheimer, predomina lo visual, mayor uso de gestos, con un ambiente de respeto y apoyo, con contacto físico entre ellos respetuoso, muy participativos
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue directiva, con los métodos de improvisación, receptivo y recreativo. Las técnicas empleadas en improvisación: técnicas de empatía (imitar, sincronizar, reflejar, amplificar), facilitación (modelar), redirigir (introducir un cambio, modular)
Expresión emocional:	Se induce a los participantes a recordar, percibir momentos y personas asociados a la frustración, luego desarrollan una tarea asociado al cuidado, se hace un desfogue emocional, para liberar la tensión y luego se musicaliza como les gustaría sentirse al sacar la frustración, reportando la mayoría calma y tranquilidad.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja en torno la introspección inicialmente, al recordar y vivenciar situaciones frustrantes, buscando alternativas sonoras y corporales para lograr resolverlo, a su vez, se trabaja la memoria por medio de la canción en tu compañía.

PROTOCOLO 15

Fecha: 23-11-18

Horario: 3:40-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Promover mecanismos de relajación en los participantes para lograr su exploración y aprendizaje como estrategia de afrontamiento, que les permita retomarlos de forma independiente por medio de ejercicios respiratorios, exploración corporal, vocal inicial y métodos musicoterapéuticos receptivo e improvisación

Objetivos Específicos:

1. Promover la exploración vocal libre de las participantes, para favorecer la concentración, atención y una centrarlas en la sesión, por medio de la improvisación vocal a modo de meditación grupal.
2. Explorar de forma activa procesos de relajación con ejercicios de respiración y relajación muscular progresiva, para favorecer su aprendizaje, por medio del método receptivo.
3. Facilitar la descripción sonora respecto al sonido de cada participante al estar relajada para reconocer y hacer familiar la percepción de cada una, por medio del método de improvisación

Actividades: Durante el caldeoamiento, los participantes sentados, con os ojos cerrados, se guía unas respiraciones profundas, se explica que van a explorar la voz, desde un volumen suave hasta donde quieran subir, iniciando con mm, nn, luego con vocales oo, aa, va a durar lo que quieran las participantes, luego, para la fase central, en una posición cómoda, con música de fondo se dirigen unos ejercicios respiratorios, luego de modelar, un participante los dirige, luego se dirige la relajación muscular guiada de cada segmento, primero e modela y luego se indica un participante que lo va a guiar, luego se induce la relajación mental caminado por un bosque hasta llegar al río (se les da tiempo), y luego se facilita el retorno, para el cierre, cada participante va a tocar como se sienten y van a decir un momento del día en los que pueden practicar los ejercicios de relajación.

Dimensión Física, describa en cuanto al uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	Se logra la relajación corporal de algunos de los participantes, otros se ven tensos (manos cerradas en puño tensión cervico-dorsal), en la relajación corporal progresiva, se observan movimientos rígidos en algunos, en otro mayor libertad y movimientos más suaves. Al final, se observa una actitud postural más relajada, la cara revela tranquilidad en los participantes. La sesión en general no promueve la exploración corporal. Durante la improvisación, una participante demuestra gestualmente el agrado y relajación por la actividad
Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Los participantes escogieron palos de agua (2), metalófono, guitarra, caja china. Tres participantes seleccionaron el palo de agua para sonorizar su experiencia, con manipulación convencional, algunos mecánicos otros con intensidad expresiva. Ninguno explora varios instrumentos, tocan acorde a la consigna
Producción con instrumentos, dinámica: temporal, melódica, tímbrica, intensidad y densidad.	Son improvisaciones cortas, la mayoría piano o mezzopiano, tempo largo, densidad sonora baja, volumen e intensidad bajo, hay variación tímbrica de un participante al integrar la guitarra.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	La exploración vocal es mezzopiano, pocas hacen variaciones piano, hay que tener en cuenta que no lo habían hecho antes de esa forma, algunas exploran vocales y juegan con la voz, otras se mantienen estables con mm o nn, hay modulaciones cortas del volumen e intensidad, pasando de bajo a medio. Modo canto conjunto.
Formas musicales utilizadas:	En la primera actividad, la forma musical es vocal, la mayoría emplea la voz de pecho, en canto conjunto (forma musical vocal con soporte vocal del musicoterapeuta en formación, pero de libre exploración), en la intermedia es receptiva y la tercera fue instrumental, donde el estacato persiste, cortas improvisaciones.
Tiempo duración producción sonora- musical	En el canto grupal la duración fue de 4 minutos, las improvisaciones finales tienen duración entre 10 a 40 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En la primera actividad, la musicoterapeuta facilitó la exploración vocal, pero se requería de la participación de cada uno, algunos con volumen más bajo, pero determinaban de forma autónoma qué tanto exploraban su voz, en la receptiva, también requirió de la participación de todos, desde una escucha activa y permitiendo experimentar la actividad, en la improvisación, se requiere de trabajo individual, se propicia la participación y aporte de todos los usuarios.
Interacción interpersonal, describa rol visual, gestual,	Los participantes se ven tranquilos, dispuestos a las actividades, hay que insistir a una participante para que respete el turno de los demás, con lenguaje gestual o

contacto físico, verbal y grupal.	iniciando su improvisación piden el turno, son muy participativos.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión es de tipo directiva, con los métodos de improvisación instrumental y vocal y receptivo. Las técnicas empleadas fueron: técnicas de respiración, relajación muscular progresiva, inducción mental, facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (permitir).
Elaboración cognitiva:	Se trabaja en torno al empoderamiento de mecanismos de relajación para poder aplicarlos en la vida cotidiana, se requería atención, a su vez, se pide a las participantes que proyecten el uso de estas herramientas en momentos de su vida cotidiana, identificando un momento

PROTOCOLO 16

Fecha: 27-11-18 Horario: 2:40-4:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Incidir sobre el procesamiento cognitivo y emocional en la conciencia de zonas de somatización para facilitar la detección de emociones y pensamientos que promueven su aparición y actuar sobre ellos, por medio del uso de técnicas de control emocional, la exploración corporal, el corpograma y los métodos musicoterapéuticos receptivo, improvisación, composición y recreación

Objetivos Específicos:

1. Estimular procesos de conciencia corporal, para lograr la identificación de zonas donde los participantes identifiquen las partes del cuerpo donde perciben: “Dolor”, “Molestia” y “Lesión” y su relación con las emociones percibidas, por medio del método receptivo y un corpograma.
2. Identificar y sonorizar las emociones asociadas a la aparición de las zonas descritas en el trabajo previo, para promover la conciencia de las mismas, por medio del método de improvisación
3. Promover la modificación de emociones y pensamientos negativos en los participantes, para lograr una reestructuración del pensamiento, reducir las o evitar la aparición de las mismas, por medio de las técnicas de detención del pensamiento, afirmaciones positivas, cambio de perspectiva y los métodos de composición e improvisación.
4. Integrar los mecanismos propuestos por cada una, para ampliar y flexibilizar el abordaje de la somatización por medio del método de recreación.

Actividades: Los participantes sentados y con los ojos cerrados, escuchan una compilación de fondo, mientras tanto, se guía un escáner corporal, iniciando desde la cabeza, hasta llegar a los pies, al terminar, se les pide que en el corpograma pinten las zonas donde identifiquen dolor, molestia y lesión con 3 colores diferentes, anotando la emoción que asocien con ello, luego, con los instrumentos musicales y mirando su corpograma sonoricen los sentimientos presentes cuando tienen dolor, molestia o lesión y luego van a decir en 3 palabras las emociones que identificaron; teniendo en cuenta esto, los participantes van a representar corporalmente 1 de las 5 técnicas de control emocional que están descritas en un papel, con soporte musical de la musicoterapeuta en formación, para el cierre, cada uno va a decir en una palabra que les quedó de la sesión

Dimensión Física, describa el uso del cuerpo: sensopercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En la fase central, en las representaciones hay mayor exploración del espacio, uso de gestos y movimientos más libre, con mayor expresión corporal, utilizan elementos externos, exploran planos bajos y medios de movimiento, algunos incluyen a los espectadores dentro de la representación, demostrando mayor confianza corporal y de la interacción con el otro.
Utilización de instrumentos, describa: intención, preferencias y manipulación.	Los participantes escogieron panderetas, maracas, palo de agua, caja china y metalófono, con instrumentos de fácil manipulación, los tocan de forma convencional, con manipulación exploratoria, pero en algunas se ve una intención descriptiva, otros con manipulación mecánica, una participante emplea 2 instrumentos para demostrar las emociones. Tocaban acorde a la instrucción.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En las improvisaciones de la emoción asociado a molestias corporales se observa variaciones del volumen y la intensidad de bajo-medio a alto, con dinámica mezzoforte a forte en crescendo, sin pulso definido, con diferentes propuestas rítmicas.
Formas musicales utilizadas:	Son improvisaciones cortas, con predominio del estacato, propuestas rítmicas cortas, sin pulso definido, en el metalófono poca exploración de notas (C, E, D), en estacato, sin pulso definido, tempo difícil de determinar por la duración de las improvisaciones.
Tiempo duración producción sonora- musical	Improvisaciones del cuerpo de 2 a 20 segundos máximo. La primera fue receptiva, la elaboración del dibujo, la representación corporal
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	El trabajo es en su mayoría independiente, cada integrante asume el liderazgo en la representación musical de la emoción, en el trabajo corporal, se observa mayor liderazgo y propuestas conjuntas, sin evidencia de un líder manifiesto, donde todos participan activamente.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso	Se requiere autodeterminación y liderazgo individual, con un trabajo grupal con un claro aporte de cada participante de forma equitativa, son visuales, verbales dada las características de las actividades, siempre en un trato respetuoso, con mayor énfasis a la escucha de la producción musical de los participantes, mayor

grupal.	contacto físico respetuoso entre ellos, con el objetivo de representar, mayor uso de gestos, sonidos y desplazamientos por el salón, muy participativos.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue directiva, con los métodos receptivo, improvisación instrumental y exploración corporal. Las técnicas empleadas en improvisación: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (ensayar y ejecutar)
Expresión emocional:	Trabajan en la identificación y sonorización de emociones asociados a manifestaciones físicas, EL identificó rabia, impotencia y tristeza, RC preocupación, presión psicológica y emocional, CS dolor en rodillas, dolor de espalda por estrés, “ronquera” por frustración y rabia, AM insatisfacción, rabia y frustración, MCA al dolor u ofensa emocional (dolor en el pecho), tensión y estrés, PC preocupación, molestias en el cuerpo, cuando algo excede su capacidad de respuesta y XM refiere sobrecarga en las responsabilidades.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja inicialmente procesos de introspección en la identificación de problemas físicos, luego plasmarlos en un corpograma y más adelante con procesos mentales superiores como la planeación y ejecución de actividades para lograr describir la emoción asociado a los mismos y las situaciones de forma corporal (grupal).

PROTOCOLO 17

Fecha: 27-11-18

Horario: 3:50-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Facilitar procesos de expresión emocional de forma simbólica, hacia la red de apoyo de los participantes, para promover la catarsis emocional e identificar el estado de las relaciones con la misma, por medio de los métodos musicoterapéuticos receptivo, improvisación y recreativo

Objetivos Específicos:

1. Facilitar el reconocimiento de emociones de las participantes asociado a su red de apoyo familiar, para lograr su identificación inicial por medio del método recreativo
2. Promover la expresión emocional de los participantes asociado a su red de apoyo, para favorecer la catarsis emocional, por medio del método receptivo.
3. Facilitar procesos de comunicación a un miembro de la red de apoyo de los participantes, para lograr la catarsis emocional por medio del método de improvisación.
4. Integrar los aprendizajes detectados por los participantes, por medio de la identificación de 3 palabras y mediante el método recreativo.

Actividades: En la primera parte, los participantes cierran sus ojos y respiran un par de veces, mientras recuerdan su red de apoyo, como son, quienes son y cómo se sienten con ellos en la labor de cuidado, luego, se les pide que piensen en una canción que consideran representa su relación o emociones con ellos y la van a cantar al grupo y quienes la conozcan lo pueden acompañar con el canto; luego, cada uno escoge un instrumento y sonorizará una emoción asociada a su red de apoyo y luego va a decir la emoción en voz alta, teniendo en cuenta esto, se va a simular una conversación musical entre el musicoterapeuta en formación (quien representa a un miembro de su red de apoyo) y el participante, donde este, va a comunicar algo a ese miembro de su red, para el cierre se va a hacer una improvisación grupal para liberar energía y las emociones asociadas y luego como les gustaría sentirse con esa persona de su red.

Utilización de instrumentos, describa: intensidad, preferencias y manipulación.	Los participantes escogen panderetas, caja china, maracas, guitarra y claves, con manipulación fácil en modo convencional, muchos exploratorios, mecánicos y otros con fines de expresión emocional. Tocan acorde a la consigna
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	Improvisaciones cortas, de poca variación tímbrica, salvo por la introducción de la guitarra, con dinámica piano, ritmos lentos, volumen e intensidad baja, densidad sonora baja, tempo largo. Solo dos participantes hacen variaciones de intensidad y volumen de bajo a medio, a ritmo variable entre sonidos rápidos a unos más lentos. En el mensaje, varió todo, con volúmenes medias-altos, intensidad media, tempo andante, densidad sonora baja, ritmos variables dependiendo de la persona, algunos rápidos, otros a velocidad media. En la primera improvisación grupal tuvo densidad sonora alta, volumen e intensidad altos, dinámica presto, ritmos rápidos, en la siguiente, es similar a la primera que se describió.
Producción musical con la voz, dinámica: temporal, melódica, tímbrica, intensidad y densidad.	Realizan el canto individual de una canción que asocien a un miembro de su red de apoyo cantan piano, con dificultad para seguir la línea melódica de la canción, densidad sonora baja, intensidad baja, volumen bajo. Otras evitan cantar.
Formas musicales utilizadas:	La primera actividad es una forma vocal, piano, con voz de pecho, canto individual y por momentos conjuntos, en lo instrumental, emplean estacatos, ritmos variables de lento a una velocidad alta, otros un poco variables, sin pulso definido, otros con intensidad y volumen variable de bajo a alto, con negras.
Tiempo duración producción sonora- musical	En la vocal de 7 a 40 segundos, la instrumental inicial es de 10 a 20 segundos, el mensaje es de 20 segundos a 1 minuto 53 segundos, la primera improvisación grupal 2 minutos 30 segundos y la grupal final 2 minutos, 8 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	El inicio fue introspectivo con sonorización individual vocal de la emoción y luego instrumental, con el instrumento, se facilita la comunicación del mensaje por medio de la música, unas con más o menos dificultad, una en particular, tuvo mucha resistencia a la hora de liberar las emociones en su mensaje, otra propone lo que le gustaría explorar, en la primera improvisación grupal, los participantes inician y finalizan la experiencia acorde a su necesidad de expresión.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados	Son más propositivas y no requieren modelamiento para iniciar las actividades, sin embargo son muy visuales, algunas requieren mayor acompañamiento que otros,

en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	hay contacto físico leve propuesto por ellos, uso de gestos de acuerdo a su necesidad de expresión, respeto generalizado por los aportes de cada uno, mayor respeto del turno del otro.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión es directiva, con los métodos receptivo, recreativo y de improvisación. Las técnicas empleadas fueron: técnicas de empatía (imitar, sincronizar, incorporar, paseo, amplificar), facilitación (hacer espacios, interponerse), redirigir (intensificar, calmar), procedimiento (permitir) y exploración emocional (doblar, contrastar).
Expresión emocional:	Identifican canciones asociadas a su red de apoyo encontrando: EL tú eres mi hermano del alma, Roberto Carlos, con nostalgia, PC burundanga de Celia Cruz, nostalgia; MCA que bonita es esta vida, Jorge Celedón, unión, comprensión, XM Tierra del olvido de Carlos Vives, abandono y olvido; AM un son cubano, Henri Fiol, tristeza, incompreensión, ruptura familiar, CS de tanto correr por la vida, Julio Iglesias, no sébelo que siente, RC el juego de la vida, Daniel Santos, nostalgia. En la improvisación de la emoción la expresan musicalmente, en el mensaje, reportan peleas por conciliar el bien morir, firmeza al querer comunicar algo, informar que no están de acuerdo con alguna forma de actuar, una expresa frustración e impotencia al no poder actuar, otras no saber qué hacer en este momento de su vida, necesidad de crear redes de comunicación con la red de apoyo, así como la necesidad de demostrar las cosas buenas que se hace por la persona bajo su cuidado.
Elaboración cognitiva:	Se realiza un trabajo inicial introspectivo, luego de identificación y expresión emocional fuerte, que requiere atención, memoria, planeación y ejecución.

PROTOCOLO 18

Fecha: 30-11-18

Horario: 2:40-4:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Facilitar la apropiación de los mecanismos de control emocional, para incentivar su aprendizaje y uso cotidiano, mediante los métodos receptivo, composición y recreativo.

Objetivos Específicos:

1. Recordar los 5 mecanismos trabajados en la sesión previa y las emociones asociadas a su red de apoyo, para lograr su comprensión, por medio del método receptivo.
2. Promover la modificación de emociones y pensamientos negativos en los participantes, para lograr el control en la aparición de las mismas, por medio de las técnicas de detención del pensamiento, afirmaciones positivas, cambio de perspectiva y el método de composición.
3. Integrar los mecanismos propuestos por cada una, para ampliar y flexibilizar el abordaje de las emociones por medio del método de recreación.

Actividades: En el caldeamiento, de pie en círculo se propone un ritmo corporal que los participantes deben seguir, una vez todos lo logren, se va a hacer una lluvia de ideas, respecto a las cosas que recuerden de la sesión previa (especialmente de los mecanismos de control emocional), luego, observando el corpograma que se trabajó previamente y su red de apoyo, por parejas, los participantes van a escribir, como consideran que pueden usar los mecanismos de gestión emocional en su vida cotidiana y en qué momentos, teniendo en cuenta 2 ritmos propuestos por la musicoterapeuta en formación, escogiendo una para su canción, en la siguiente fase, van a cantar los fragmentos escritos, acompañándose con los instrumentos que consideren necesarios y para el cierre, se canta el tamborilero con acompañamiento en guitarra de la musicoterapeuta en formación.

Dimensión Física, describa: sensorpercepción, coordinación, equilibrio, destreza, flexibilidad y velocidad.	En el caldeamiento, los participantes tienen dificultades para seguir el ritmo corporal propuesto, pese a que se enseña por segmentos simples, cuando lo logran, e intentan hablar para la lluvia de ideas, tienden a perderse en el seguimiento rítmico; sin embargo, retoman e intentan realizarlo nuevamente. Se hace contacto físico leve para guiar a algunas participantes
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En las composiciones grupales, la mayoría canta entre piano y mezzoforte, con volumen e intensidad medio, densidad sonora baja-media, un grupo hace un diálogo cantado, se exploran 2 ritmos, la bamba (huapango), tempo rápido, con armonía con la progresión I-IV-V (C-F-G) y vals, con tempo adagio. En la canción del tamborilero, en la medida en que la letra se estudia y corrige, la dinámica es mezzoforte, es un villancico, en tempo adagio, con volumen e intensidad medio, con algunos problemas para seguir la línea melódica de la misma
Formas musicales utilizadas:	La forma utilizada fue vocal, modo canción, canto conjunto por subgrupos, con línea melódica acorde a los ritmos seleccionados (vals o la bamba) y el canto conjunto de la canción el tamborilero.
Tiempo duración producción sonora- musical	La duración de las composiciones grupales fue de 30 segundos a 1 minuto y 24 segundos, en el canto grupal de la canción el tamborilero 2 minutos, por cada vez que se cantó.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	El caldeamiento es de seguimiento rítmico independiente, en la composición se requiere de trabajo grupal, se observa líderes que guían el proceso en cada grupo, así como en el canto de la misma y en la recreación de la canción el tamborilero, todos aportan al canto y a la corrección de la letra y soportan con la voz la misma, resaltando que entre más se practica, mayor cohesión grupal vocal se logra.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto físico y verbal y proceso grupal.	En el caldeamiento requieren un modelado visual y verbal constante, unas corporal, en la composición se ven líderes que guían el proceso y en el canto, se requiere de una voz líder en cada grupo que lleva la línea melódica de la canción, en el canto del tamborilero, se requiere de la participación y aporte de todos los participantes.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión fue directiva, con exploración corporal y los métodos de composición y recreación. Las técnicas: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (ensayar y ejecutar), estructura (fondo rítmico), canto conjunto
Expresión emocional:	En las letras de las canciones se menciona un alto contenido emocional, asociado al cuidado, en cuanto al autocuidado y las expectativas del uso de los mecanismos de

	control emocional.
Elaboración cognitiva:	En el caldeamiento se trabaja coordinación inter-hemisférica y seguimiento rítmico, con dificultad, ya que se integra otra tarea como el hablar y recordar eventos, en la composición se trabaja los procesos mentales superiores en la escritura de la letra, y la planeación y ejecución de actividades para el canto de la misma.

ANEXO PRODUCCIÓN MUSICAL

que tener razón

RC EL Y PC

Para subir al cielo
 Para subir al cielo
 Se necesita
 Una paciencia grande y una chiquita y una chiquita
 A quien le da envidia no se le quita y no se le quita
 Hay quien no tiene amor y como crítica y como crítica
 Y se necesita un toque de gracia
 Soy cuidador, soy cuidador
 Gracias, gracias
 Gracias, gracias
 Para ser cuidadores se necesita
 Para ser cuidadores se necesita
 Voluntad y entrega y otras cositas
 Voluntad y entrega y otras cositas
 Y así ha de ser, y así ha de ser
 Ama y ama
 Ama y ama

XM Y AP

Cuando quiero decir algo
 Trato de ver en tu mirada
 Cuál puede ser tu reacción
 Trato de buscar las palabras
 Para encontrar la mejor
 Cuando persistes en una idea
 Y trato de cambiar tu posición
 Recorro a un recuerdo
 Que te produzca una mejor emoción
 Busco estrategias en cada situación
 Para hacer de nuestra convivencia
 Una experiencia de amor y comprensión

MEC, EM Y CS

Libre, soy al fin
 Porque las cosas que hay
 A mi alrededor
 No me van a confundir
 Voy a sonreír
 Adiós tristeza, adiós
 Adiós enfado
 Viva la alegría
 Ya quiero vivir mi vida
 La culpa boté
 De mi alejé
 Al fin aprendí
 Que una decisión
 vale mucho más

PROTOCOLO 19

Fecha: 30-09-18 Horario: 3:50-4:30p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Perfeccionar el aprendizaje de las canciones, para aumentar la confianza en los participantes y la liberación de experiencias negativas, por medio del método recreativo, receptivo e improvisación.

Objetivos Específicos:

1. Facilitar la apropiación de las emociones asociadas a la persona bajo su cuidado y las propias, para promover su aceptación y gestión, por medio del método de recreación
2. Evaluar los cambios en el auto-concepto, relacionado con la identidad individual y grupal, por medio de la improvisación y el método receptivo.
3. Identificar las fortalezas, virtudes y valores de los participantes, para fortalecer su apropiación, por medio del método de improvisación y la grabación de audios del mismo
4. Integrar los elementos positivos propios y asociados al vínculo con la persona dependiente de cuidado, para fortalecer la satisfacción personal en la aceptación de sí mismo y la vida, por medio del método receptivo e improvisación.

Actividades: En el caldeamiento de recrea las canciones yo me llamo vida y en tu compañía dos veces cada una, en el segundo, se pide a las participantes que recuerden las emociones que asociaron a la creación de cada letra; luego, los participantes escuchan la representación musical que cada uno hizo de sí mismo al inicio, tratando de reconocer su sonido, luego cada uno va a tocar su representación musical actual, luego, teniendo en cuenta los cambios percibidos en 2 pedacitos de papel van a escribir en uno sus fortalezas, virtudes y en el otro las debilidades, cosas negativas y aspectos por mejorar, en círculo, los participantes van a decir su nombre en voz alta, van a leer las motivaciones y fortalezas y luego lo negativo, que van a quemar.

Utilización de instrumentos, describa: intención, preferencias y manipulación.	Los participantes escogieron panderetas, maracas, bongoes, guitarra, metalófono, caja china, la mayoría cambia de instrumentos (salvo 1 participante), elementos de fácil manipulación, unos lo usan de forma convencional, uno no, con manipulaciones mecánicas algunos, otros buscan expresión emocional y otros descriptivo. Con la guitarra explora con rasgueo, intenta otras formas, pero se dificulta. Tocan acorde a la consigna.
Producción con instrumentos, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el caldeamiento un participante escoge las claves y es capaz de llevar el pulso durante el canto de las canciones. En la improvisación individual, se observa baja densidad sonora, con dinámica mezzoforte, otras piano (una hace una mixtura entre las dos por medio de un decrescendo), con ritmos más estructurados, la mayoría con pulso definido, en el metalófono exploran escalas ordenadas en aumento y de regreso, buscan diferentes posibilidades de sonido en el instrumento (pandereta tocada con una baqueta y una clave), la mayoría tiene volumen e intensidad media constante, 2 participantes varían el volumen de medio a bajo, con la guitarra se genera variación tímbrica, con rasgueo sencillo, con volumen e intensidad constante medio.
Producción musical con la voz, dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En el caldeamiento, las canciones recreadas son con dinámica forte y mezzoforte, con intensidad y volumen medio-alto, con densidad sonora alta, con mejor seguimiento de la línea melódica, con voz de pecho la mayoría, modo canto conjunto.
Formas musicales utilizadas:	En el caldeamiento, la forma musical es vocal, con voz de pecho, canto conjunto (con soporte vocal-instrumental de la musicoterapeuta en formación), en las improvisaciones, sigue el estacato, negras y corcheas, algunas con ligandos.
Tiempo duración producción sonora- musical	En el canto la duración por canción fue de 1 minuto 30 segundos a 2 minutos. En las improvisaciones individuales, tienen una duración entre 20 a 40 segundos
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	En la primera, se requiere de la participación de todos con su voz, aunque se ve una voz líder, con soporte instrumental y vocal de la musicoterapeuta en formación; el otro, requiere la participación individual, con aporte activo de cada uno, en otro requiere la atención y la escucha activa. Mayor cohesión musical grupal.
Interacción interpersonal, describa roles desempeñados en lo visual, gestual, contacto	En la primera actividad, se observa mayor cohesión grupal con apoyo de cada uno, son visuales para poder entrar adecuadamente con cada estrofa de la canción, en lo gestual, se ven cómodos, con mayor tranquilidad cantando; en lo receptivo

físico y verbal y proceso grupal.	se ve gran disposición, gestos de curiosidad y tratando de identificar su sonido, lo siguiente es un trabajo más individual, contando con el respeto de todos, no se interrumpen en su momento de participar.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión es de tipo directiva, con los métodos recreativo, receptivo e improvisación. Las técnicas empleadas fueron: técnicas de facilitación (modelar), técnicas de procedimiento (permitir), técnica de estructura (centro tonal). Canto conjunto
Expresión emocional:	Se trabaja en torno a la identificación de elementos, pensamientos y emociones negativas y positivas, así como el valor a unas y la “liberación” de otras, cada uno se aleja de: EL rabia, dolor, impotencia y envidia, se queda con desprendimiento, lealtad, respeto, compañerismo, ternura, amor, comprensión, compromiso y apoyo; EM, se aleja de la tristeza, nostalgia ser impulsiva y no poder estar en su compañía; XM se aleja de culpa, tristeza, frustración, remordimiento, impaciencia y rechazo; MEC se aleja de inseguridad, tristeza e impotencia; CS se aleja de la tristeza, abandono, olvido, la frustración, el sin sabor y la rabia; AP se aleja de la frustración, la tristeza y la nostalgia; MCA se aleja de expectación, ansiedad, depresión y decepción; PC se despide de la nostalgia, tristeza, preocupación, el estrés y el distanciamiento afectivo; RC se aleja de la preocupación, tristeza, desánimo y estrés.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja en torno al empoderamiento del auto-concepto, mediante la identificación de emociones positivas y las negativas para realizar una reestructuración cognitiva, luego, se trabaja memoria en el reconocimiento del instrumento y su propio sonido y finalmente, se “retira” los pensamientos y emociones negativas de la persona.

PROTOCOLO 20

Fecha: 04-12-18

Horario: 1:40-2:20p.m Musicoterapeuta en formación: Lizeth Fandiño

Objetivos:

Objetivo General:

Perfeccionar el aprendizaje de las canciones, para aumentar la confianza en los participantes, por medio del método recreativo.

Objetivos Específicos:

1. Facilitar el estudio de la canción “el tamborilero”, para facilitar la cohesión grupal a nivel vocal y en tempo, por medio del método recreativo
2. Promover el repaso de la canción “en tu compañía”, para corregir las entradas de los participantes y unificar el tempo, por medio del método recreativo.
3. Repasar la canción “yo me llamo vida”, para promover la expresión corporal de los participantes, unificar el tempo, por medio del método recreativo.

Actividades: En el caldeamiento, se canta el tamborilero favoreciendo la escucha grupal, en la fase central, se canta en tu compañía favoreciendo la cohesión grupal musical y se coordina las entradas y en el cierre, se canta yo me llamo vida, se coordina con la co-terapeuta y los participantes el acompañamiento instrumental, incluyendo el llamador para promover el baile de las participantes que lo proponen y e dispone a arreglar el espacio para la presentación.

Uso instrumentos: intensión, preferencia, manipulación.	Una participante emplea la caja china para llevar el pulso en la canción el tamborilero, con manipulación convencional.
Producción musical con la voz, describa dinámicas: temporal, melódica, tímbrica, de intensidad y densidad.	En los primeros ensayos, se escuchan desacopladas, con diferentes tempos y entradas, con voz mezzoforte y piano, intensidad y volumen medio, con densidad sonora baja, en la medida en que se ensaya, se observa mayor cohesión musical vocal, con tempos acordes a cada canción, con mejor seguimiento de la línea melódica, densidad baja, volumen e intensidad medios.
Formas musicales utilizadas:	La forma musical es canto conjunto, con voz de pecho, en modo canción.
Tiempo duración producción sonora- musical	Por canción, la duración es de 1 minuto 30 segundos a 2 minutos 40 segundos.
Interacción musical, describa roles desempeñados y estrategias utilizadas.	Se requiere de la participación de todos los integrantes con soporte vocal de todos para el acople de las canciones, con mayor cohesión grupal.
Interacción interpersonal, rol visual, gestual, contacto físico, verbal y grupal.	Se promueve el trabajo grupal, siempre en un trato respetuoso, con énfasis en la escucha de la voz e instrumentos que los acompañan.
Métodos y técnicas musicoterapéuticas:	La sesión es de tipo directivo, con el método de recreación. Las técnicas: soporte instrumental y vocal
Expresión emocional:	Se va a mostrar las composiciones y su contenido emocional a los familiares a quienes le dedicaron su trabajo, estaban alegres, a la expectativa, muy emocionadas.
Elaboración cognitiva:	Se trabaja con procesos mentales superiores como la planeación y ejecución de actividades para la coordinación de lo relacionado con las entradas, acuerdos musicales para la muestra final

9.4 Formato de ficha de historia musicoterapéutica

HISTORIA MUSICAL

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
EDAD _____ OCUPACIÓN: _____ CC: _____
DIRECCIÓN: _____ NUMERO DE PERSONAS BAJO SU CUIDADO: _____
ESTRATO: _____ TIEMPO QUE LLEVA DE CUIDADOR: _____

Conteste las siguientes preguntas, según como considere pertinente:

- Mencione una canción que me recuerde mi infancia:
- Mencione una canción que me recuerde mi mamá:
- Mencione una canción que me recuerde mi padre:
- Mencione una canción que me acompañe desde la adolescencia:
- Mencione una canción que me recuerde la adultez:
- Mencione una canción que me acompañe actualmente:
- Mencione una canción que me recuerde mi pareja:
- Mencione una canción que me torne melancólico:
- Mencione una canción que me ponga de buen ánimo:
- Mencione una canción que exprese mis opiniones sobre la vida:
- Mencione una canción que exprese mis creencias religiosas:
- Mencione una canción que describa mi personalidad:
- Mencione una canción que me diga cómo me siento interiormente:
- Mencione una canción que circula en mi mente de manera constante:
- Mencione una canción que detesto:
- Mencione una canción que sea mi favorita:
- Mencione una canción que me motive:
- Mencione una canción que me recuerde al familiar que cuido:
- Mencione una canción que me recuerde mi red de apoyo:

¿He tocado algún instrumento musical en mi vida?

¿Disfruto tocando instrumentos musicales?

¿Qué me molesta hacer?

¿Disfruto cantar?

¿Qué expectativas tengo de la intervención con musicoterapia?

9.5 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Frecuencia Puntuación

Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

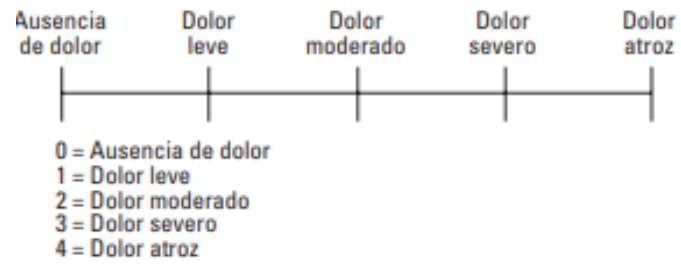
	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	

15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

9.6 Escala Visual Analógica

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Marque con una X, el sitio que considere refleja su nivel de dolor físico



9.7 Test de APGAR Familiar

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

9.8 Encuesta de Satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

1. Exprese, por favor, su opinión, marcando con una X la puntuación escogida, respecto a su nivel de satisfacción con musicoterapia

PUNTUACIÓN

Valor	1	2	3	4	5	6
Significado	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho

1. ¿Cómo le parecieron los instrumentos y materiales con los que desarrollaron las sesiones de musicoterapia? ¿por qué?

2. ¿Cómo le pareció el espacio donde se desarrollaron las sesiones de musicoterapia? ¿por qué?

3. ¿Cómo le pareció la musicoterapeuta que dirigió las sesiones? ¿por qué?

4. ¿Cómo le pareció el trato de la musicoterapeuta que dirigió las sesiones? ¿por qué?

5. ¿Siente que sus sugerencias y aportes se tuvieron en cuenta durante las sesiones de musicoterapia? ¿por qué?

6. ¿Qué expectativas tenía previo al inicio de la intervención con musicoterapia?

7. ¿Considera que los temas abordados en las sesiones cumplieron con sus expectativas? ¿por qué?

8. ¿Considera adecuado el tiempo de duración de cada sesión musicoterapéutica?

9. ¿Recomendaría a otras personas asistir a musicoterapia? ¿por qué?

10. Observaciones y sugerencias

MUCHAS GRACIAS

9.9 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable interviniente regulación emocional

9.9.1 Composición elaborada por CSV y DPC

Ahora ya se

Ahora ya se

Perdóname, por no haber sabido el bien decir

No fue mi intención lastimarte

*Aprendí la lección, acepto que a pesar
de mis buenas intenciones, puedo equivocarme*

ahora ya se

espero que hayas encontrado tu camino

ahora, sé que a veces es mejor decir no se

Me perdono, por no haber sabido dirigirte

Ahora ya se

9.9.2 Composición realizada por XMC y MCA, titulada **Adiós a la culpa**

Adiós a la culpa

Cuando me siento culpable

Yo me enconcho y analizo

Ya que si no lo hago

El nudo aprieta mi garganta

Culpa, culpa

No sientas la culpa

Culpa, culpa

Ya no me persigas

Cuando ella me persigue

Yo la enfrento con coraje

Luego la miro a los ojos

Y la vuelvo chiquitica

Culpa, culpa

No sientas la culpa

Culpa, culpa

Ya no me persigas

Al tenerla chiquitica

Yo la arrojo a la fogata

Para que se transforme

En propósito de vida

Culpa, culpa

No sientas la culpa

Culpa, culpa

Ya no me persigas

9.9.3 Composición de MEC

*Madrecita, madrecita
Quisiera siempre decir
Te amo con toda mi vida
Desde hoy hasta mi fin
Madre, madre querida
Te amo como a ninguna
Por tu forma de querer
A todita tu familia*

9.9.4 Composición de la participante CSV

*A doña Carmen le digo
Personaje de admirar
Luchadora y muy capaz
Más difícil de encontrar
Para encontrar otra te digo
Es difícil de hallar
Cuando ellas nacieron
Ese molde lo rompieron
Esos moldes que rompieron
Y que nunca re-hicieron
Porque todos los pelao's
Respetar ya no quisieron*

9.9.5 Composición elaborada por LAM

*Amada madre mía
Mi alma iluminada
Esta muy agradecida
Por todos los sacrificios
Que tu hiciste en tu vida
Bendita seas madre mía
Por toda tu dedicación
Por todo tu amor
Y tu ejemplo al actuar
Todos te amamos mucho
Cada uno a su manera
Y cada quien te brinda
Lo mejor de su existencia
Recibe este día madre
El amor de tu familia
No preocupes por nada
Porque Dios está contigo*

9.10 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable interviniente estrategias de afrontamiento

9.10.1 Composición de la participante AEL

*Para mí siempre fue bonito,
escuchar las compañeras,
cada una con su llanto,
a mí me alegró el alma,
y que vi el dolor,
en muchas de mis compañeras,
a todos y a todas tengo,
que darles muchas, muchas gracias*

9.10.2 Composición de la participante ALP

*Me gusta mucho del grupo
Que tiene muy buena energía
Que a pesar de todo lo que estamos viviendo
De la situación tan difícil que estamos viviendo
Venir acá siempre fue pues a aprovecharlo y a disfrutarlo
Eso me gusta de todas las personas,
Que son de muy buena energía
No vinimos como víctimas, ni a lamentarnos, ni nada
Eso me pareció chévere
Y a ti también te agradezco, si
Tu orientación y pues
Muchas gracias*

9.10.3 Composición realizada por XMC y ALP

*Cuando quiero decir algo
Trato de ver en tu mirada
Cuál puede ser tu reacción
Trato de buscar las palabras
Para encontrar la mejor
Cuando persistes en una idea
Y trato de cambiar tu posición
Recurro a un recuerdo
Que te produzca una mejor emoción
Busco estrategias en cada situación
Para hacer de nuestra convivencia
Una experiencia de amor y comprensión*

9.10.4 Composición de MEC, MEM Y CSV

Libre, soy al fin
Porque las cosas que hay
A mi alrededor
No me van a confundir
Voy a sonreír
Adiós tristeza, adiós
Adiós enfado
Viva la alegría
Ya quiero vivir mi vida
La culpa boté
De mi alejé
Al fin aprendí
Que una decisión
vale mucho más
que tener razón

**9.11 Anexos de las letras compuestas por los participantes, asociadas a la variable
interveniente autoconocimiento**

9.11.1 Improvisación vocal de la participante MCA

*Yo quiero que sepan
Que esta clase fue muy bonita
Porque me ayudó a mi
A ser más extrovertida*

9.11.2 Improvisación vocal de la participante XMC

*Para mí fue muy emotivo
Tomar este taller
Porque pude experimentar,
La música desde otro punto de vista
Venía con mucho entusiasmo
A tomar la clase
Porque me sentía des estresada
Y podía ver la vida
Desde otro punto de vista
Y las amistades,
que logré hacer en el grupo
son amistades que perdurarán en el tiempo*