

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“EFECTOS EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS
CON AFASIA AL INTEGRAR MUSICOTERAPIA EN SU REHABILITACIÓN”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**


POR

YECENIA MARIBEL GONZÁLEZ JIMÉNEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2019

The background of the document features a large, faint watermark of the official seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" around its perimeter. The central emblem depicts a seated figure, likely a saint or scholar, flanked by two lions and two castles. A banner at the bottom of the seal reads "PLUS ULTRA".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Astrid Theilheimer Madariaga
Lesly Danineth García Morales

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.070-2018
CODIPs. 2311-2019

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de noviembre de 2019

Estudiante
Yecenia Maribel González Jiménez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEGUNDO (12º.) del Acta SETENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (76-2019), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 08 de noviembre de 2019, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EFECTOS EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON AFASIA AL INTEGRAR MUSICOTERAPIA EN SU REHABILITACIÓN”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Yecenia Maribel González Jiménez

DPI: 2235 66225 0101
CARNÉ: 2012-22258

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Irma Vargas y revisado por la Licenciada Mavis Omelinda Rodríguez Solís. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orzabal
SECRETARIA

/Gaby

UG-235-2019

Guatemala, 08 de noviembre del 2019

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:


Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **YECENIA MARIBEL GONZÁLEZ JIMÉNEZ, CARNÉ NO. 2235-66225-0101, y Registro de Expediente de Graduación No. L-31-2018-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"EFECTOS EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON AFASIA AL INTEGRAR MUSICOTERAPIA EN SU REHABILITACIÓN"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 22 de octubre del año 2019.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,


M.A. MAYRA LUNA DE ALVÁREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.
CC. Archivo

ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

CIEPs. 073-2019
REG. 070-2018

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de octubre de 2019

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Mavis Omelinda Rodríguez Solís** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“EFECTOS EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON AFASIA AL INTEGRAR MUSICOTERAPIA EN SU REHABILITACIÓN”.

ESTUDIANTE:

Yecenia Maribel González Jiménez

DPI. No.

2235662250101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 22 de octubre del año en curso por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 25 de octubre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.

“Mayra Gutiérrez”



CIEPs. 073-2019

REG. 070-2018

Guatemala, 29 de octubre de 2019

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“EFECTOS EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON AFASIA AL INTEGRAR MUSICOTERAPIA EN SU REHABILITACIÓN”.

ESTUDIANTE:

Yecenia Maribel González Jiménez

DPI. No.

2235662250101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 22 de octubre de 2019, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”



Licenciada Mavis Omelinda Rodríguez Solís
DOCENTE REVISORA



Guatemala, 9 de septiembre de 2019

Licenciado
Estuardo Espinoza
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del **informe final** de investigación titulado *“Efectos en la autoestima de las personas diagnosticadas con afasia al integrar musicoterapia en su rehabilitación”*, de la Licenciatura en Psicología, realizado por la estudiante:

Yecenia Maribel González Jiménez
Carné No. 2012-22258 DPI 2235 66225 0101

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo.

Atentamente,



Licenciada Irma Vargas

Terapeuta del Lenguaje – Psicóloga
Colegiado Activo No. 1984
ASESORA DE CONTENIDO



CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE ZONA 16
PROGRAMA NACIONAL DE ADULTO MAYOR
"MIS AÑOS DORADOS"

7ª Calle 12-55 Zona 16 Col. La Montaña
Tel. 5316-9086, Cel. 3261-4075



Guatemala, 24 de julio de 2019

Licenciado
Estuardo Espinoza, Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Estimado Licenciado Espinoza:


Deseándole éxitos al frente de sus labores lo saludo cordialmente.

Por este medio le informo que la estudiante Yecenia Maribel González Jiménez, quien se identifica con DPI – CUI 2235662250101, extendido en la ciudad de Guatemala, realizó en el Centro de Atención Permanente, zona 16 del Programa Nacional del adulto mayor "Mis Años Dorados" de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, sesiones, talleres y evaluaciones, como parte del trabajo de investigación que lleva por nombre "Efectos en la Autoestima de las personas diagnosticadas con Afasia al integrar musicoterapia en su rehabilitación". Dichas sesiones fueron realizadas con personas diagnosticadas con afasia, durante el período comprendido del 5 de junio al 24 de julio del presente año, con horario de 10:00 a 12:00 Horas, los días miércoles, realizando un total de catorce horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos su participación en beneficio de nuestro centro.

Sin otro particular me suscribo de usted,


Licenciada
Ana Zoila Cruz Alvarez
Administradora del Centro de Atención Permanente
del Adulto Mayor "MIS AÑOS DORADOS"
-SOSEP-



MADRINA DE GRADUACIÓN

MAVIS OMELINDA RODRÍGUEZ SOLIS

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO ACTIVO 1978

AGRADECIMIENTOS A:

Universidad San Carlos de Guatemala,
especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas por ser parte de mi
saber profesional.

Licenciadas Irma Vargas y Mavis Rodríguez por facilitarme sus valiosos conocimientos en
la realización de esta investigación

Asilo Mis Años Dorados por creer en mi trabajo y proporcionarme
todas las facilidades para la realización del mismo.

A cada una de las personas que participaron como población muestra, por la
confianza que depositaron en mi persona y así
llevar a cabo dicho estudio.

DEDICATORIA

A Dios, con toda la humildad de mi corazón, por guiarme durante mi camino y darme las fuerzas necesarias para superar obstáculos a lo largo de mi vida.

A mi madre Clemencia, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar.

A mi esposo Esvin, por su apoyo incondicional y acompañamiento a través de estos años difíciles de arduo trabajo y por compartir conmigo alegrías y fracasos.

A mis hijas Alison, Aleli, Emely y Abigail quienes con su apoyo y comprensión han sido parte fundamental de mi vida y el motor que me impulsa a ser cada día mejor.

A mis hermanos Ángel y Miguel, por siempre estar pendientes de mí y acompañarme en mis momentos más difíciles.

A mi familia en general, que siempre han estado presentes en mi vida y que sé, están orgullosos de la persona en la que me he convertido.

A mis amigos que con sus consejos y apoyo me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de la carrera.

Gracias infinitas a todas las demás personas que me apoyaron directa e indirectamente en la realización de este sueño.

Yecenia Maribel González Jiménez

ÍNDICE

Resumen	3
Prólogo	4
Capítulo I	6
1. Planteamiento inicial del problema y marco teórico	6
1.01 Planteamiento del problema	6
1.02 Objetivos	9
1.02.01 Objetivo general	9
1.02.02 Objetivos específicos	9
1.03 Marco Teórico	10
1.03.01 Antecedentes de salud nivel latinoamericano	10
1.03.02 ¿Qué es afasia?	11
1.03.03 Clasificación de la afasia	14
1.03.04 Atención de personas con afasia en Guatemala	15
1.03.05 Definición de autoestima y su efecto en las personas con afasia	17
1.03.06 Musicoterapia aplicada a la autoestima	22
1.03.07 Modelo Bonny, Imaginación Guiada con Música (GIM)	30
Capitulo II	33
2. Técnicas e instrumentos	33
2.01 Enfoque y modelo de investigación	33
2.02 Formulación inicial de la hipótesis	34
2.03 Técnicas	35
2.03.01 Técnica de muestreo	35

2.03.02 Técnicas de recolección de datos	35
2.03.03 Técnicas de análisis de datos	36
2.04 Operacionalización de objetivos / Unidad de análisis	39
Capitulo III	40
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	40
3.01 Características del lugar y la muestra	40
3.02 Presentación e interpretación de resultados	41
Capítulo IV	51
4. Conclusiones y recomendaciones	51
4.01 Conclusiones	51
4.02 Recomendaciones	52
4.03 Referencias	53
4.04 Glosario	55
4.05 Anexos	57

Resumen

Efectos en la autoestima de las personas diagnosticadas con afasia al integrar musicoterapia en su rehabilitación

Autora: Yecenia Maribel González Jiménez

El presente trabajo de investigación titulado “Efectos en la autoestima de las personas diagnosticadas con afasia al integrar musicoterapia en su rehabilitación”, se basó en la inquietud por implementar una terapia complementaria, partiendo de observaciones realizadas en personas con este trastorno, que se caracteriza por la incapacidad o dificultad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica y se debe a lesiones cerebrales.

La hipótesis que surgió a partir del planteamiento del problema, es si la musicoterapia mejora la autoestima de las personas con afasia, para lo cual se analizaron las variables autoestima y musicoterapia, registrando respuestas fisiológicas y emocionales. El enfoque de la investigación es cuantitativo, el diseño cuasi-experimental, la muestra intencional o de juicio y el muestreo probabilístico. Se hizo uso del diseño de pre-prueba y post-prueba. Se aplicaron los siguientes instrumentos: escala de valoración de autoestima de Rosenberg, examen del estado mental, escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson, tabla de clasificación de revisión de expedientes y se llevaron a cabo 8 sesiones de musicoterapia con 11 personas diagnosticadas con afasia del asilo Mis años Dorados, zona 16.

El modelo de musicoterapia utilizado, se le conoce con el nombre de imágenes guiadas con música –GIM-. Finalmente se realizó la recolección de datos y análisis cuantitativo de los resultados. Al culminar la investigación se comprobó que la musicoterapia es un medio no verbal que tiene efectos positivos en la autoestima de las personas con afasia, principalmente en aquellas que guardan algún recuerdo significativo ocurrido en determinado momento de su vida relacionado con la música.

Prólogo

La afasia es un trastorno donde las cifras crecen alarmantemente cada año, afectando a quienes la padecen, comunicativa, física, sentimental y conductualmente. Patologías cerebrales como la afasia, entre otros; requieren de aportes e investigaciones de bajo costo, contextualizados y con enfoque multidisciplinario que oriente hacia futuros abordajes, sobre todo en el plano psicológico; que ayude a regular los efectos de la transición entre la salud y la enfermedad de las personas.

La presente investigación tuvo como propósito la aplicación de la musicoterapia con el modelo –GIM–, para la regulación de la autoestima de personas que han perdido la capacidad para hablar y comunicarse. Se registró un efecto positivo y prolongado en la forma de pensar, amar, sentir y verse a sí mismo de las personas que participaron. La música logró influir directamente en la propia valoración y aceptación. Esto cobra sentido al saber que la musicoterapia contiene elementos que construyen objetiva y subjetivamente en las personas en individual o colectivo; beneficiando a quien lo experimenta y los que están a su alrededor, a la vez sus efectos y aplicación se pueden transmitir fácilmente de unos a otros al no requerir de equipos costosos.

Las dificultades en la expresión y comprensión propia de cada persona con esta condición, impiden una interacción fluida, el impedimento al acceso de la parte del cerebro afectada por este trastorno (área de Broca y/o Wernicke) imposibilita el diálogo como normalmente se haría en una terapia psicológica. Situación que obliga a recurrir a la implementación de propuestas que brinden la más mínima posibilidad a la persona afectada de expresarse, interiorizar y conectar con esa persona que fue antes del daño cerebral, intentando acceder a partes del cerebro que lleven a buscar un canal de comunicación no verbal.

Se considera de vital importancia que las diferentes instituciones puedan trabajar en numerosos problemas o patologías que requieran la canalización de emociones en la relación personal y humana que se establece entre la persona afectada y el terapeuta, pues

las personas no siempre encuentran en la palabra la explicación de sus males, pero que a través de la música y las artes explore sus recuerdos, lo conecte con quien ha sido, las cosas que conoce y refuerce su identidad.

Este estudio se pudo llevar a cabo gracias al apoyo brindado en el asilo Mis Años Dorados, del Gobierno de Guatemala, ubicado en zona 16. Institución a la que agradezco enormemente por la valiosa oportunidad de comprobar cómo la música pudo ser de tanto beneficio para todos los residentes, en especial los que tienen diagnóstico de afasia. También agradezco a la Licda. Irma Vargas y a la Licda. Mavis Rodríguez por asesorarme en la elaboración de este trabajo investigativo; y, por último agradezco, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas por brindarme la formación académica y profesional que me permitió llevar a cabo este trabajo.

Capítulo I

1. Planteamiento inicial del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

Partiendo de observaciones realizadas al trabajar con personas diagnosticadas con afasia, se observó en base a los registros de las evoluciones y de los informes realizados durante la práctica psicológica que ciertas actitudes no les permitía comprometerse con el tratamiento, producto de la nueva condición de dependencia que deja en mayor o menor grado la afasia. La autoestima forma parte de la base de la salud mental y física de las personas, por lo que es común que al enfrentarse a este trastorno que impide la comunicación, se alteren las actitudes; pudiendo esto manifestarse de diferentes maneras en lo cognitivo, afectivo y conductual, influyendo positiva o negativamente.

Guatemala, en particular cuenta con un sistema de salud público deficiente y una medicina privada de poco acceso, para una población aproximada de 17 millones de habitantes, hasta el año 2017 según el Renap. El Ministerio de Salud Pública reporta que diariamente se registran en los hospitales nacionales entre públicos y privados casos de personas que sufren algún tipo de daño cerebral como pueden ser traumatismos craneoencefálicos o accidente cerebro vascular –ACV-; no existiendo ningún centro especializado que concentre a toda la población con diferentes afecciones neuropsicológicas, y menos aún uno que complemente la regulación de sus emociones o tome en cuenta su nivel de autoestima posterior al diagnóstico, la persona puede llegar a sentirse ofendida en su autoimagen debido a la nueva condición, evidente a los ojos de los demás. Está se verá afectada o no dependiendo de los pilares sobre las que esté construida.

Los servicios profesionales para el cuidado de la salud en general van desde la medicina de alta tecnología hasta la falta total de atención médica, enfocados en las afecciones físicas y cognitivas dejando lo afectivo y conductual en segundo grado. La afasia se encuentra clasificada entre las afecciones neuropsicológicas que tienen afectado no solo lo físico y cognitivo sino también lo afectivo y conductual. Existen a nivel nacional solamente 3 instituciones con la suficiente capacidad en infraestructura, para prestar servicios de salud a estas personas, dos de ellas son públicas y concentran la mayor atención médica a bajo costo, siendo ellas el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt; por otro lado, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS- que atiende a los trabajadores del sector privado. En el Hospital General se observó que algunas de las personas con diagnóstico de afasia, tienden a abandonarse al cuidado de los otros aun cuando su diagnóstico es leve; atribuyéndolo al sentimiento de pérdida no sólo de sus funciones sino de sus proyectos futuros.

La autoestima es un factor que cobra especial importancia en la rehabilitación, como uno de los elementos más relevantes de desarrollo personal, donde conviene detectar aquellos síntomas relacionados a ella, por contener una naturaleza dinámica que puede crecer, arraigarse, conectarse a otras actitudes o por el contrario debilitarse y empobrecerse, elaborando pensamientos negativos durante su recuperación. La persona diagnosticada recientemente puede experimentar miedo y temor hacia el futuro, percibiéndose confusa, ambivalente, frágil, vulnerable y con dudas que probablemente nadie procure aclarar o tratar de informarle debido a su condición, aunado a la dificultad para comprender y/o expresarse. Resultando un verdadero problema que la persona afectada no participe adecuadamente en el proceso de rehabilitación, para esto es necesario detectar y atender las actitudes de la persona con afasia derivadas de una baja autoestima.

Desarrollar métodos o técnicas de intervención para personas con autoestima baja a partir de diagnósticos de enfermedades crónicas como la afasia, no está contemplado

dentro del sistema de salud actual del país. Esto impulsa a volver los ojos hacia las terapias expresivas que son más accesibles comparadas con la tecnología costosa, utilizada en países más desarrollados para la investigación y atención primaria de las enfermedades.

Esta alternativa requiere de un nivel mínimo de preparación para implementarla. La musicoterapia en otros países se estudia a nivel de licenciatura, maestría y doctorado, en Guatemala es impartida por diversos profesionales certificados que han obtenido diferentes niveles de conocimiento metódico y práctico como herramienta para trabajar en el ámbito humanístico, sanitario y creativo. Esta terapia es tímidamente aplicada por personas individuales o grupos de voluntariado en medio de las carencias económicas, dificultades de desplazamiento de quienes la reciben, y problemas en la infraestructura de los nosocomios, entre otras carencias que tienen las instituciones del Estado.

La musicoterapia utiliza sus componentes melodía, ritmo, armonía y sonido, como un medio para abordar a las personas, con el objetivo de lograr cambios que ayuden al individuo a tener un entendimiento de sí mismo y del mundo que lo rodea pudiendo adaptarse mejor a la sociedad. En base a lo anterior surgieron los siguientes cuestionamientos: ¿la musicoterapia mejora la autoestima de personas con afasia?, ¿cuáles son los cambios en la expresión de la autoestima que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia?

1.02 Objetivos

1.02.01 Objetivo general

Evidenciar la utilidad de la musicoterapia en la mejora de la autoestima de las personas con afasia del asilo Mis Años Dorados, zona 16

1.02.02 Objetivos específicos

- Establecer el nivel de autoestima actual de la persona con afasia
- Identificar los cambios en la expresión (física y emocional) que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia
- Registrar el nivel de autoestima posterior a realizar las sesiones de musicoterapia

1.03 Marco Teórico

“Las fuerzas naturales de nuestro interior son las que de verdad curan la enfermedad”

(Hipócrates)

1.03.01 Antecedentes de salud nivel latinoamericano

Los países de Latinoamérica conforman una amplia diversidad de pueblos con necesidades sociales y médicas en condiciones muy similares. En América Central en particular los servicios para el cuidado de la salud de sus habitantes, tienen grandes limitantes.

Las enfermedades no transmisibles fundamentalmente las cardiovasculares, cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, constituyen la principal causa de muerte en la región. La Organización Mundial de la Salud OMS (paho.org) afirma que “En el 2007 se registraron unos 4.45 millones de defunciones por estas enfermedades, de las cuales un 37% se produjeron en menores de 70 años”. El tipo de enfermedades crónicas no transmisibles se dan por un conjunto de factores desencadenados a partir de ciertos estilos de vida perjudiciales adoptados por las personas cada vez con más frecuencia, como el tabaquismo, régimen alimentario, inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, entre otros. Si bien es cierto, que el Ministerio de Salud cada año tiene como meta reducir al mínimo la mortalidad por estas causas que pueden ser prevenibles; los informes presentados anualmente parecen indicar que la meta no ha sido cumplida, lejos de eso las enfermedades no transmisibles han desplazado a los eventos infecciosos; por ende vienen a constituir un complejo problema de la salud pública y un verdadero reto para el desarrollo económico y social de la nación.

El lento desarrollo en el tema de la salud, ha dejado atraso en la población latinoamericana y pobre evolución en la neuropsicología en cada país, interviniendo

factores socio políticos, educativos y de acceso a recursos e infraestructura de cada lugar. Pese a todo se observa que en países como Colombia, México, Brasil, Argentina, Chile y Cuba; se han creado las primeras bases para el desarrollo de esta área del conocimiento, mientras que en otros países incluyendo Guatemala está presente de forma muy limitada o nula, en contraposición con la cantidad de personas que sufren algún daño cerebral que va en aumento.

La afasia se encuentra entre las secuelas de accidentes cerebrovasculares, que a su vez se enlistan entre las enfermedades crónicas no transmisibles. La OMS (paho.org) los engloba de la siguiente manera “Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, tales como los accidentes cerebrovasculares, la migraña y la esclerosis múltiple”. La enfermedad crónica tiene un pronóstico a largo plazo, dependiendo del caso existen tratamientos para controlarla, alargar la vida o disminuir las molestias de dolor, donde tristemente para recibir una atención adecuada entra en juego el nivel socioeconómico de cada persona.

La región latinoamericana no se ha detenido en sus aportes y últimamente cuenta con destacados profesionales que se esfuerzan por realizar importantes aportes a la comunidad científica de las neurociencias, Guatemala por ejemplo cuenta dentro de esta rama de la neurociencia con el reconocido Dr. Henry B. Stokes.

1.03.02 ¿Qué es afasia?

La afasia es una secuela que puede presentarse después de una lesión en el sistema nervioso central. José Manuel Sánchez (Sánchez, 2008) dice que “El término afasia fue acuñado en el año 1864 por el médico francés Armand Trousseau. Afasia significa falta de comunicación por el lenguaje... es un estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con conservación de la

inteligencia y de la integridad de los órganos de la fonación”. La persona afectada puede presentar dificultad para comprender y/o para expresarse; esta dificultad va acompañada muchas veces de fallos en la lectura, la escritura y el cálculo. La comunicación se ve gravemente comprometida porque esta constituye una parte integral de los individuos, es por ello que la adaptación a una pérdida brusca del lenguaje implica desajustes emocionales, cognitivos y conductuales. La rehabilitación por lo regular consiste en aumentar la capacidad lingüística de la persona afectada, ayudándole a enfrentar su nueva situación; pero para que esto suceda es necesario que la persona se encuentre dispuesta, y emocionalmente estable para que sea capaz de superar la nueva condición.

La afasia se da como consecuencia de trastornos en la circulación sanguínea, conocidas como trombosis, embolias, hemorragias o espasmos. También puede ser resultado de golpes, heridas por proyectiles o tumores, así como por infecciones o parásitos. La causa más frecuente de la afasia son los accidentes cerebrovasculares - ACV- también conocido como ataque cerebral, apoplejía, ictus, o derrame cerebral. Los ACV se dividen en dos tipos: isquémico y hemorrágico.

El ACV isquémico, ocurre a consecuencia de una disminución de la corriente sanguínea, puede producir una trombosis o una embolia. La trombosis cerebral, se da a consecuencia de una interrupción de la circulación en una o más arterias del cerebro debido a la formación de un “tapón”, generalmente formado por un coágulo sanguíneo originado en la misma arteria, el tipo y la gravedad ocasionada por una trombosis varía de acuerdo con la arteria en la que se produjo y la zona donde se altere la circulación. Mientras que la embolia cerebral consiste en la obstrucción de una arteria cerebral por un coágulo sanguíneo que ha llegado al cerebro por medio del sistema circulatorio; el daño que sufre el tejido cerebral a causa de una embolia ocasiona afasia. La gravedad y tipo varía de acuerdo con la arteria en la que se produjo y la zona donde se altere la circulación.

El ACV hemorrágico ocurre debido al rompimiento de una arteria, formándose una aneurisma que consiste en la formación de una hernia o saco de la pared de una arteria, este daño coincide también con la existencia de presión arterial alta. La hemorragia, es capaz de destruir el tejido cerebral. Cualquiera de estos accidentes cerebrovasculares, pueden llegar a provocar una pérdida de la comunicación, según la zona donde se produzca con diferentes niveles de severidad. De hecho esta es la causa más frecuente de afasia la cual puede presentarse a edades relativamente tempranas una vez de que la persona afectada haya adquirido las bases del lenguaje.

Las personas que tengan enfermedades asociadas a eventos cerebrovasculares o practiquen hábitos inadecuados son las más propensas a padecerla. Entre los factores más comunes que pueden dejar como secuela la afasia están: hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, cardiopatías, traumatismos craneoencefálicos, Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. e inactividad física. Estos factores de riesgo son controlables y prevenibles, es labor del ministerio de salud pública establecer estrategias de prevención, concientizando a la población acerca de la importancia de los cuidados para evitar estas complicaciones en la salud; entendiendo que cualquier persona sin distinción de raza, nacionalidad, edad, educación, desempeño laboral o condición sociocultural está expuesta a sufrir una lesión cerebral, a excepción de las lesiones traumáticas que pueden ocurrir a cualquier edad.

España es uno de los países más avanzados en este tema y donde se concentran algunas de las asociaciones más reconocidas y con mayor aporte científico, entre ellas está la Asociación Ayuda Afasia y La Asociación para la Rehabilitación y Prevención de la Afasia (ARPA). En México la Asociación Mexicana de Enfermedad Vascular Cerebral (A.C). En Argentina (INECO) y Centro de Día para Pacientes con Afasia.

1.03.03 Clasificación de la afasia

Hay varios tipos de afasia, las clasificaciones van de acuerdo al área afectada. El Test de Boston la clasifica de la siguiente manera: (P.H, 1974): afasia de Broca o motora, afasia de Wernicke o sensorial, anomia, afasia de conducción, afasia sensorial transcortical, afasia motora transcortical, alexia con agrafia, afemia, sordera verbal pura, alexia pura, agrafia pura, afasia táctil unilateral, agrafia unilateral, apraxia y afasia hemióptica.

Tabla 1

Para un criterio general práctico se manejan tres tipos principales, que se describen a continuación:

<i>Tipo:</i>	<i>Definición:</i>
Afasia de Broca o expresiva	Se caracteriza por la imposibilidad o dificultad en la persona para decir lo que piensa o siente por medio del lenguaje, ya que es el área motora la que se encuentra afectada, por lo tanto también presentará en cierta medida dificultad en la escritura o para la mímica. Los síntomas son: reducción de la fluidez verbal, estereotipias, disprosodia, anomia, parafasias, neologismos, agramatismo, jerga y disartria.
Afasia de Wernicke o comprensiva	Se caracteriza por la pérdida total o parcial de la habilidad para comprender lo que se le dice, el área de Wernicke es el área de comprensión del lenguaje y si está afectada tendrá como síntomas: falta de comprensión del mensaje verbal, falta de capacidad para hacer juicios, incapacidad de agrupar, clasificar, comparar, planear, dificultad para designar imágenes oralmente o en conversación, alexia; la escritura se encuentra afectada y está relacionada a su falta de comprensión.
Afasia mixta o	En este tipo de afasia se observa la presencia de los dos tipos de

global trastornos afásicos descritos anteriormente, ambos tipos pueden afectar a una misma persona, en tales casos se dice que existe una afasia mixta. Los síntomas más característicos son: combinación de la afasia de Broca y de Wernicke, labilidad emocional, reacciones catastróficas, no sigue órdenes o instrucciones orales o gestuales simples o complejas.

Fuente: (P.H, 1974) cuadro de elaboración propia.

El grado de afectación de la afasia difiere según el sitio y extensión de la lesión. Los tipos de afasia pueden ir desde una imposibilidad total para comunicarse hasta un discreto trastorno del lenguaje.

El pronóstico depende de factores, como la etiología, la gravedad del trastorno lingüístico, la localización, la extensión de la lesión, la edad, y la escolaridad. Estos factores harán la diferencia en las evaluaciones finales, para determinar si una persona con afasia tendrá una recuperación completa o no. En este punto es prudente detectar factores que pueden contribuir con el mejoramiento del pronóstico como los que giran en torno a la autoestima del afectado.

1.03.04 Atención de personas con afasia en Guatemala

Los conflictos bélicos a lo largo de la historia han dejado serias secuelas en la humanidad y los déficits neurológicos no son la excepción; por otro lado estos mismos casos han servido como aporte importante para investigar enfermedades cerebrovasculares. Hablando globalmente sobre los índices de estos déficits y sus múltiples secuelas, la OMS reporta que 2 de cada 10 personas requieren actualmente de acceso a servicios de atención neurológica a nivel latinoamericano, lo que implica prestar especial atención a este grupo de parte del sistema de salud de los diferentes países que conforman Latinoamérica y lograr así frenar la tasa de crecimiento de este grupo.

Guatemala enfrenta hasta hoy en día un sistema de salud pública deficiente, la medicina privada es de poco acceso a la población general. Allan Martínez (Martínez, 2016) en un artículo de la revista República afirma que el presupuesto general para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2017 fue de “Q.6,897,096,196”, suma que debe cubrir los múltiples problemas de salud anualmente.

El espacio físico para los enfermos en general se limita a solamente a unas pocas instituciones. En estas instituciones actualmente se realizan abordajes neuropsicológicos multidisciplinarios conformados generalmente por neurología, psicología, trabajo social, terapia del lenguaje, fisioterapia, terapia ocupacional, entre otros.

En Guatemala no existe ningún centro especializado para atender este trastorno, aunque es común encontrar personas que sufren algún tipo de daño cerebral como pueden ser traumatismos craneoencefálicos, ACV, demencias entre otros. Los servicios de rehabilitación y tratamiento para personas con enfermedades no transmisibles en particular la afasia, no cuentan con programas de especialización, el trabajo interdisciplinario se encuentra debilitado y las investigaciones basadas en evidencia no son llevadas a la práctica. Los resultados de las terapias complementarias para las alteraciones emocionales difícilmente son tomados en cuenta, cuando en su mayoría son creadas especialmente para brindarle a la persona mínimamente calidad de vida y puedan reintegrarse de manera satisfactoria a su entorno.

La clasificación de la enfermedad en general y síntomas asociados está regida por la OMS según convenio firmado Ginebra en 1983. En el Hospital general San Juan de Dios como en todo el sistema de salud de Guatemala se utiliza la Clasificación General de Enfermedades y Motivos de Atención (CIE-10) para describir la forma en que se clasifican las enfermedades y lesiones, y también para dar explicación a los diferentes tipos y causas externas. El terapeuta del lenguaje es el principal profesional que

evalúa, diagnostica y trata a las personas con afasia; brindándole terapia rehabilitatoria centrada en la comprensión y expresión del lenguaje de la persona afectada, quedando lo emocional y afectivo a cargo del psicólogo. “Monbourquette menciona que Maslow en vez de estudiar a las personas desde un ángulo de las enfermedades mentales sostenía que importaba interesarse ante todo por su salud mental y espiritual. siendo así que él mismo en 1943 propuso una teoría psicológica conocida como la jerarquía de necesidad de Maslow o pirámide de Maslow, donde formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme de satisfacer las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (Monbourquette, 2008)”. Afirmando con ello que la capacidad del deseo del hombre no conoce fin. Jerarquizó las necesidades de abajo hacia arriba por orden de importancia: necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades sociales, necesidades de estima, necesidades de conocer y comprender, necesidades estéticas y necesidades de autorrealización.

1.03.05 Definición de autoestima y su efecto en las personas con afasia

Según el Diccionario de la Real Academia (Real Academia Española, 2014), la palabra autoestima, significa “valoración generalmente positiva de sí mismo”. Esta valoración positiva surge de un dialogo autocrítico que surge de la persona misma al realizar cosas, el hacerlas bien, con éxito. Según sea ésta las personas se sienten más o menos capaces o en disposición de alcanzar determinadas cosas. Por ejemplo, si la autoestima es baja puede resultar muy difícil alcanzar algunas metas u objetivos porque los pensamientos están influyendo en la valoración propia, afectando la manera de sentir y comportarse. Este diálogo autocrítico interno negativo crea un bloqueo tan profundo que es difícil ver que cambiar es posible.

Para comprender cómo está conformada la autoestima dentro de cada uno y cómo afecta se deben conocer sus principales componentes que son tres: el autoconcepto, autorespeto y autoconocimiento, estos se encuentran interrelacionados, una

modificación en uno de ellos provoca alternación en los otros, y juntos contribuyen al funcionamiento sano de la psique, en el marco de sus tres dimensiones:

a. “Cognitivo:

Formado por el conjunto de conocimientos sobre uno mismo. Representación que cada uno se forma acerca de su propia persona, varía con la madurez psicológica y con la capacidad cognitiva del sujeto. Por tanto, indica ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de la información. El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento, consolidación de la autoestima y las restantes dimensiones, bajo la luz que les proyecta el autoconcepto, que a su vez se hace acompañar por la autoimagen o representación mental que la persona tiene de sí misma en el presente, en las aspiraciones y expectativas futuras. Un autoconcepto repleto de autoimágenes ajustadas, ricas e intensas en el espacio y tiempo en que vivimos demostrará su máxima eficacia en nuestros comportamientos. La fuerza del autoconcepto se basa en nuestras creencias entendidas como convicciones, convencimientos propios; sin creencias sólidas no existirá un autoconcepto eficiente.

b. Afectivo:

Sentimiento de valor que se atribuye al grado de aceptación. Puede tener un matiz positivo o negativo según la autoestima: “Hay muchas cosas de mí que me gustan, no hago nada bien, soy un inútil”. Lleva consigo la valoración de sí mismo, de lo que existe de positivo, de las características negativas. Implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable. Es admiración ante la propia valía y constituye un juicio de valor ante las cualidades personales. Este elemento es la respuesta ante la sensibilidad y emotividad de los valores que percibidos; es el corazón de la autoestima, la valoración, el sentimiento, la admiración, el desprecio, el afecto, el gozo y el dolor en la parte más íntima de sí mismos.

c. Conductual:

Relacionado con tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un proceso de manera coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por de los demás. Constituye el esfuerzo por alcanzar el respeto ante los demás y ante uno mismo”. (Garcia, 2013)

En la afasia específicamente, se puede decir que de por si vuelve vulnerables a las personas, pasando de ser activas, capaces de tomar decisiones, a ser dependientes y limitadas; sintiendo frustración al no poder controlar la nueva situación, elaborando pensamientos confusos que solo dificultan la concentración por la preocupación de la nueva condición; expresados en episodios de llanto, irritabilidad, agresividad y pérdida de interés. Esta reacción es hasta cierto punto “normal” para la mayoría de personas que han perdido algo o alguien, a esta condición en psicología se le conoce comúnmente como “duelo”. Máyela P. (Padron) define este término de la siguiente manera “El duelo es un proceso psíquico necesario y adaptativo para afrontar una pérdida significativa como la muerte de un ser querido, ruptura con la pareja o en este caso la pérdida de la salud, se caracteriza por una sensación de pérdida y mucha tristeza con poco o nulo interés en el mundo externo”. La duración del duelo es diferente en cada persona. Pasando a afectar los componentes de la autoestima cuando no se encuentra sólida, haciéndose evidente al crear resentimiento ante la incapacidad de revertir la situación, interiorizando frases de inutilidad, creer que ya no vale, no sirve o que no le hace falta a nadie, etc. Para las personas con autoestima baja significa un grado más de dificultad que se dispongan a aceptar la enfermedad muchas veces de carácter crónico, sintiéndose indispuestos para realizar un tratamiento de plazo indefinido que requiere que la persona pueda sobreponerse a este desequilibrio emocional.

Como seres sociales la autoestima se va forjando en base a expectativas propias y conceptos del entorno tanto negativos como positivos. La Licda. María Luisa Naranjo

(Naranjo, 2007) la define de la siguiente manera “La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito”. Una sola experiencia o evento negativo puede ser suficiente para desequilibrar la autoestima que repercute en varios ámbitos de la vida. Estos aspectos se pueden ver alterados cuando por diversas causas ya sea personal, familiar, social, económica o laboral la persona se ve afectada; Por ejemplo, al perder un empleo, al tener dificultades en una relación o como en este caso al hacer frente a una enfermedad prolongada. Desencadenando una serie de pensamientos pesimistas que disminuyen su autoestima considerablemente.

Dar a la autoestima una sola definición es hasta cierto punto complejo por su condición abstracta. Lo que sí es evidente es que afecta para bien o para mal todos los aspectos de la vida del individuo, desde el físico, emocional y conductual.

Tabla 2

El concepto de autoestima ha ido evolucionando desde varios autores, se mencionan algunos a continuación:

Cita	Definición
(Lara Cantú, 1993)	“Coopersmith, la define como el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el sujeto toma de sí mismo. Experiencia subjetiva que se transmite a los demás verbalmente o en conductas manifiestas”.
(Guzmán, 2007)	“El primer antecedente que se tiene acerca de la autoestima data de 1980, gracias a las aportaciones de William James, quien propuso en su libro –Principios de la psicología- que la estima que tenemos nosotros mismos depende enteramente de los que pretendemos ser y hacer. James evaluaba la estima de una persona a partir de sus

éxitos concretos confrontados con sus aspiraciones”.

(Monbourquette, “El concepto de autoestima es multifacético debido a que la literatura psicológica ha abordado el estudio de la misma ya sea como sinónimo, como parte o como constructo inclusivo de términos como autoconcepto, autoreconocimiento, autoeficiencia, autocontrol o autoconciencia”.

Fuente: (Herrera, 2011) cuadro de elaboración propia

Las personas desde su nacimiento interaccionan constantemente con otros, es por eso que inevitablemente ante cualquier enfermedad se ponen de manifiesto criterios externos que inciden en la forma de hacer sentir, por lo mismo no todas las enfermedades van a tener el mismo impacto. Victor J. (Schoenbach, 1999) al hablar de la auto aceptación de la enfermedad escribe lo siguiente". . . una salud positiva . . . es sólo un espejismo, porque el hombre en el mundo real debe enfrentarse a las fuerzas físicas, biológicas y sociales de su ambiente, que son permanentemente cambiantes, generalmente de manera impredecible, y frecuentemente con consecuencias peligrosas para él como persona y para la especie humana en general, citado por Man Adapting, 349)". Al desequilibrarse la autoestima la persona se siente constantemente amenazada y cualquier situación de la vida cotidiana se puede convertir en un peligro para su bienestar psicológico. En el caso de la afasia se pierde “la comunicación” pilar fundamental de la interacción en sociedad, le impide al afectado comunicar verbalmente sus experiencias, vivencias, emociones, intimidad, voluntad y sintiendo muchas veces menosprecio hacia sí mismo, que a la larga lleva al aislamiento. El afectado es crítico de su situación y fácilmente puede pensar que su vida está terminada y que no tiene ya ninguna esperanza interiorizando frases descalificadoras, convirtiéndose en una amenaza más para su vida.

La lesión le impide a la persona continuar relacionándose con los demás de la

misma manera, esto se reduce a un nivel de autoestima baja que influye en el control de la enfermedad cerebrovascular ya que la aparición de sentimientos de infelicidad y desesperanza se interpone con el tratamiento médico y favorece la adopción de estilos de vida no saludables, lo que impide la recuperación y el cambio. Una adecuada autoestima facilita que las personas perciban los acontecimientos como menos estresantes, lo que resulta en una disminución de la vulnerabilidad ante los eventos de la vida que generan tensión, encontrándose la persona más apta para afrontarlos adecuadamente. La autoestima es dinámica, las circunstancias a lo largo de la vida son cambiantes, dependiendo de las diferentes situaciones puede llevar a la persona a desafiarse a sí misma, a trabajar en sus emociones, a interiorizar cosas agradables que le hagan sentir dispuesta, feliz y relajada.

Todas las situaciones que se desencadenan entorno al desequilibrio de la autoestima afectan la rehabilitación de la afasia, igualmente cada profesional precisa de sus propios métodos para alcanzar cada uno sus objetivos de la mano de la persona afectada, donde todos tienen un propósito en común que es mejorar el pronóstico, con actitud y entrega donde lo importante es ampliar los conocimientos sobre los efectos de esta lesión cerebral.

1.03.06 Musicoterapia aplicada a la autoestima

Ante el análisis realizado entorno a la realidad del sistema de salud en Latinoamérica y Guatemala, la propuesta de la inserción de la musicoterapia en personas afectadas en su autoestima por patologías como la afasia suena viable, tomando en cuenta factores como la influencia que tiene la música en lo individual y social. Benenzon (Secall) escribe “la musicoterapia desde el punto de vista terapéutico es una medicina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación que nos permitirán empezar el proceso de formar y recuperar el paciente para la sociedad”. En el ámbito de la salud interesa descubrir las posibilidades que está ofrece al ser utilizada como un

medio terapéutico que lleve a comprender a alguien que no puede expresar sus deseos y sentimientos más que con un lenguaje gestual, mímico; en ese caso resulta valioso que la música funcione para fortalecer la valoración propia de la persona. La realidad socioeconómica en el contexto latinoamericano dificulta la financiación de proyectos de investigación costosos; pero permite el desarrollo de proyectos como la musicoterapia aunque en los centros hospitalarios actualmente no se crea mucho en ello.

La historia de la musicoterapia comienza recientemente cuando en el siglo XX es nombrada disciplina, a pesar de que desde tiempos remotos ya se utilizaba la música con fines curativos, pasando por fases mágicas, religiosas, filosóficas y científicas como el desarrollo de la historia de la misma humanidad. Hace más de 2,500 años A.C. en lugares como Egipto, África y la India se encontraron papiros que así lo comprueban, en la Biblia y el Corán también hay evidencia del empleo de la música como medio de curación. Los filósofos Aristóteles y Platón aportaron indicios para el desarrollo de la música como ciencia, lo que llevó muchos años después a que la musicoterapia finalmente fuera reconocida. También se dice que durante la Primera y Segunda Guerra Mundial algunos músicos amateur acudieron a los hospitales mentales voluntariamente para ofrecer alivio a los internos por medio de la música, llamando la atención de distintos colectivos profesionales quienes la sometieron a investigaciones científicas dándole validez y credibilidad. Desde los años 50 tiene rango científico y se imparte como disciplina académica en muchas universidades, centros especializados y organizaciones con grado académico o pregrado.

Tabla 3

En la musicoterapia se han formulado muchas definiciones exponiendo algunas de ellas a continuación:

Autor	Definición
Kenneth Bruscia	“Proceso dinámico de intervención donde el musicoterapeuta ayuda al paciente a mejorar su salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan por medio de estas que actúan como fuerzas dinámicas de cambio”
Rolando Benenzon	“La Musicoterapia es un proceso histórico vincular, dentro de un contexto no verbal, entre el terapeuta y un paciente o grupo de pacientes”.
Juliette Alvin	"La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación, reeducación y el adiestramiento de adultos y niños que padezcan trastornos físicos, mentales y emocionales”
La Asociación Mundial de Musicoterapia	“La Musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad”.
La Federación Mundial de Musicoterapia	“Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía y silencio) por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos

terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas / sensoriales, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Fuente: (Toca) cuadro de elaboración propia.

Los estudiosos de la musicoterapia cada vez más presentan resultados en encuentros científicos y congresos, que potencian el desarrollo académico de la disciplina e incrementan la calidad de las publicaciones. Todos ellos concuerdan en sus definiciones que la musicoterapia favorece la liberación emocional, en función de la necesidad de cada uno; llegando a tales conclusiones en base a investigaciones y arduo trabajo profesional.

Tabla 4

Sus exponentes han desarrollado modelos que sirven de base para su aplicación científica, siendo los más importantes hasta hoy en día los siguientes:

Autor:	Desarrollo metodológico:	Aplicaciones clínicas:
Modelo Nordoff-Robbins	Consiste en la improvisación musical activa, utilizando principalmente el Piano e instrumentos de percusión. Considerado un modelo expresivo más que receptivo.	Es apropiada para niños (con retraso del desarrollo, discapacidades múltiples y problemas emocionales) de todo tipo. Aunque Nordoff y Robbins, afirman que también es eficaz para adultos.
Modelo Bonny: Imaginación Guiada con Música (GIM)	Este modelo se caracteriza por "el empleo de la música para alcanzar y explorar los niveles extraordinarios de la conciencia humana. Es considerado como un modelo psicoterapéutico receptivo, ya que utiliza programas de	La GIM se ha utilizado con diferentes tipos de población: personas con cáncer, y ha dado buenos resultados con problemas de estrés, trastornos físicos y emocionales, y en la recuperación de adicciones.

	música grabada para generar imágenes y mover transformaciones y cambios internos.	Además, se ha usado para promover la creatividad y el crecimiento espiritual y personal.
Modelo conductista	En este modelo, debe usar el análisis conductista y proponer programas individuales de tratamiento para encontrar las necesidades de las personas a las que se atiende. El conductismo reconoce la importancia de lo que ocurre en nuestro interior. El objetivo es conseguir cambios en el comportamiento general de los pacientes.	Niños, adolescentes y adultos.
Modelo Benenzon	<p>Este modelo teórico terapéutico parte de las ideas de autores como Freud y Jung. Basado en el concepto Identidad Sonora Musical (ISO), la cual nos caracteriza a cada uno y forma parte de nuestra personalidad. Tipos:</p> <p>ISO Universal: Energías sonoras y de movimiento propias de todos los individuos.</p> <p>ISO Gestáltico: Las sonoridades propias que caracterizan nuestra personalidad.</p> <p>ISO Cultural: Aparecen a partir del nacimiento, provenientes del medio natural y social.</p> <p>ISO Complementario: Se estructura constantemente, a partir de hechos circunstanciales.</p>	<p>Autismo y trastornos generalizados del desarrollo. Retraso mental, trastornos sensoriales, trastornos motores, trastornos de la comunicación. Afasias y disminuidos auditivos. Alzheimer y demencias. Enfermos terminales, pacientes de larga hospitalización. Drogadicción, alcoholismo. Psicosis, enfermedades psiquiátricas, enfermedades psicosomáticas. Trastornos de la conducta alimentaria.</p>

Modelo Priestley: musicoterapia analítica	“la utilización simbólica, analítica de la improvisación musical por parte del musicoterapeuta y paciente para explorar la vida interior del mismo, y para un mayor conocimiento y crecimiento”.	En un principio, se desarrolló con adultos, y se utilizan para tratar una gama amplia de problemas psicológicos. Posteriormente con a niños con los que se trabajaba la escucha, desarrollo de la inteligencia, la capacidad verbal y habilidades de pensamiento simbólico.
Modelo Riordon/ Bruscia	En un principio se concibió como un método que utiliza el baile para ayudar a personas discapacitadas a desarrollar la creatividad, auto expresión y las habilidades personales. Como resultado de su trabajo se formaron dos compañías de baile de personas discapacitadas	Este modelo ha sido utilizado con adultos y niños con gran variedad de discapacidades, y también con grupos sin discapacidades. Los requisitos son la habilidad de seguir consignas simples o de imitar al líder en el baile y en la música.
Modelo Alvin	Desarrolló un enfoque de la Musicoterapia en el que empleaba la "libre improvisación", junto a otras actividades como la escucha, la ejecución, la anotación, la composición y el movimiento. Es "libre" porque el terapeuta no impone ninguna regla, estructura o tema a la improvisación del paciente.	Se Trabaja generalmente con niños con autismo.

Fuente: (Musicoterapia 1) cuadro de elaboración propia.

En el ámbito terapéutico y fuera de él, la música es uno de los elementos que puede asegurarse que provoca más placer en la vida de las personas. Estudios en el sistema nervioso central demuestran que sus efectos son tan placenteros que liberan dopamina

la cual tiene muchas funciones en el cerebro, incluyendo papeles importantes en el comportamiento y la cognición, la actividad motora, la motivación y la recompensa, el sueño, el humor, la atención, y el aprendizaje. Esto hace factible imaginar que pueda existir una o más formas de modular el estado de ánimo y otros estados del ser humano por medio de la música, generando respuestas emocionales en las partes más profundas del cerebro, específicamente en el sistema límbico (López Mejía, Valdovinos de Yahya, Méndez-Díaz, & MendozaFernández, 2009) “El sistema límbico es un conjunto de estructuras cerebrales que responden a ciertos estímulos ambientales produciendo respuestas emocionales; como: miedo, alegría, enojo o tristeza, ansiedad o depresión”.

El proceso de percepción auditiva es clave para la realización de un aporte útil y relevante de esta investigación, que lleva a averiguar cómo funciona la musicoterapia, entendiendo que el cerebro reconoce lo que pasa alrededor por medio de los sentidos, en este caso el oído detecta los ritmos de los sonidos que pasan a ser decodificados, para finalmente activar respuestas emocionales en nosotros. En este proceso auditivo cobra mucha importancia el modelo de Bonny o Imaginación Guiada con Música – GIM- quien presenta una nomenclatura desarrollada a partir de la presentación de imágenes guiadas con música.

La musicoterapia modifica los comportamientos en la medida que se aplique la música adecuada y se controle la sesión. Entran en juego la identidad sonora entre las relaciones del afectado y musicoterapeuta, regidas por los modelos de la música pasiva o receptiva y/ la activa o expresiva. En la musicoterapia activa se realizan varias actividades mientras se escucha o se elabora música desde visualizaciones, movimientos, silencios, imaginación o exploración. En la musicoterapia pasiva se está en un estado de relajación que expone al cerebro a una serie de sonidos que le inducen los estados de ánimo sin que la persona tenga que hacer nada más que escuchar.

Sencillamente se requiere de poner atención a la melodía y esta automáticamente genera las emociones y actitudes necesarias para el éxito de la terapia.

La forma de aplicación consiste en dos formas, la primera surge del terapeuta determinado la música o sonido a escuchar, este método no toma en cuenta el contexto en el que la persona se desenvuelve y en donde se ha desarrollado; y en la musicoterapia que surge del afectado cobra importancia la espontaneidad, sus gustos o el uso de sonidos que le producen sentimientos favorables o no. En cualquiera de los casos de aplicación puede ser activa o pasiva. Esta última se considera la más idónea a utilizar en personas con afasia, debido a su condición de dificultad motora en muchos de ellos, para evaluar la adaptabilidad física y emocional en general durante la sesión.

Como se mencionó anteriormente desafortunadamente Guatemala tiene pocos musicoterapeutas con estudios formales con nivel de pregrado o postgrado, todos especializados en el extranjero. Los aportes son pocos, mientras que los estudios realizados fuera de aquí han crecido en calidad y en cantidad. Los países que han puesto mayor empeño por realizar adelantos sobre musicoterapia son España, Inglaterra, Alemania, Argentina y Estados Unidos de Norte América. La musicoterapia llega a Guatemala de una forma en la que muchos iniciaron su práctica sin tener una capacitación formal que garantizara el título de “Musicoterapeuta”, comenzando a desarrollarse de una manera empírica. La musicoterapia dentro de las instituciones hospitalarias es prácticamente inexistente o aplicada esporádicamente por grupos de voluntarios cuando bien va, y en el peor de los casos es totalmente desconocida, las personas suelen compararla con la rutinaria melodía que escuchan los enfermos en la radio del hospital, con música seleccionada por el personal, en función de su gusto musical, lo que más bien repercute en diferentes reacciones de gusto o disgusto entre internos y visitas, evidenciando un desconocimiento total de la disciplina musicoterapéutica.

1.03.07 Modelo Bonny, Imaginación Guiada con Música (GIM)

Imaginación guiada con música, (Campo, 2013) “técnica que implica la audición de música en un estado de relajación para provocar imágenes, símbolos y/o sentimientos con el propósito de proporcionar experiencias de creatividad, de intervención terapéutica, de auto-conocimiento y de espiritualidad”. El Modelo GIM o método Bonny a implementar en esta investigación es una modalidad terapéutica perteneciente a la clasificación pasivo-receptiva de la musicoterapia, creado por Helen Lindquist Bonny, violinista y musicoterapeuta. Tiene sus raíces en la psicología humanista y se fundamenta en los modelos de conciencia junguiana y transpersonal. Este modelo lleva aproximadamente 30 años de ser practicado en Estados Unidos y más recientemente en otros países del mundo. Para poder entender cómo funciona, es necesario recordar que la música está implícita en cada momento de la vida de las personas, afectando de diferentes maneras el humor y emociones. Por lo regular al escuchar una melodía inmediatamente se asocia a una persona, un lugar o un evento a lo largo de la vida; conectándola con los sentimientos asociados a esas imágenes. En la GIM estas imágenes son creadas por la persona atendida, viniendo de su mundo interno. Su característica principal es la escucha musical, el terapeuta da apoyo y motivación, mediante el uso de la relajación, conversación y aplicación de la música que evoca insights. Los programas utilizados son de música clásica cuya estructura proporciona un acceso a niveles profundos de la psique. Estos programas tienen una duración aproximada de 30-45 minutos y son seleccionados cuidadosamente con el fin de intentar conectar con su estado emocional.

Tabla 5

La aplicación del método Bonny se lleva a cabo en 5 etapas o procesos:

<u>Etapas:</u>	<u>Aplicación:</u>
Preludio	La primera etapa es el “Preludio” donde se establece una especie de rapport, en esta primera fase fluye la comunicación entre terapeuta y paciente,

	<p>posibilitando la exploración de los sentimientos, ´preocupaciones, motivos que le animan a asistir a terapia; también en esta etapa se establecen los objetivos y el enfoque de la sesión. Es importante para la elección del tipo de relajación, inducción y la música que va usar.</p>
Relajación	<p>La segunda etapa se trata de la “Relajación”. El paciente en una posición cómoda, puede ser estirado o bien reclinado en una silla, sigue las indicaciones del terapeuta para llegar a un estado de relajación y concentración profunda muy necesarios para conseguir llegar a estados mentales alterados.</p>
Focus o tema	<p>La tercera etapa muchas veces se incluye dentro de la segunda, quedando así sólo cuatro etapas en vez de cinco. Se trata del “focus o tema”. El terapeuta sugiere una imagen central relacionada con el asunto principal de la sesión.</p>
Viaje musical imaginario	<p>La cuarta etapa, “el viaje musical e imaginario” es el corazón de la sesión. El terapeuta se encuentra cerca del paciente como soporte. Empieza el programa musical previamente seleccionado. Mientras la música suena el paciente va describiendo verbalmente las imágenes internas que se le aparecen a medida que suena la música. El terapeuta interviene con preguntas y alientos para animar a sentir las emociones asociadas a las imágenes y experiencias. Mientras, el terapeuta escribe todo lo que relató el paciente sus intervenciones, los momentos de cambio de la música, las reacciones del paciente, las secuencias de imágenes y todo lo que sea observado facilitándole después la información al paciente y así tener conocimiento de lo sucedido. La duración depende de la melodía o melodías seleccionadas.</p>
Postludio	<p>La quinta y última etapa del programa es el llamado “Postludio”. Cuando la música llega al final, el terapeuta ayuda al retorno a un estado normal de consciencia y refuerza las experiencias imaginarias que se han vivido durante</p>

la exploración. Ya con los ojos abiertos y sentado se comparte verbalmente con el terapeuta para interiorizar y comprender. Aun así, no se hace ningún esfuerzo para interpretar el significado de las imágenes, el terapeuta sólo ayuda a clarificar e integrar la experiencia; validar (dar seguridad del valor de lo que ha pasado), culminar, enfatizar las sensaciones y conectar las imágenes/sensaciones con la vida diaria. También se puede expresar mediante el dibujo libre, mandalas* o esculpiendo con arcilla.

Fuente: (Campo, 2013) Cuadro de elaboración propia.

Helen Bonny basó su modelo en las dimensiones de la música (tono, ritmo y tiempo, modo vocal o instrumental, melodía y armonía, y timbre) complementando las relaciones entre cada una de las piezas musicales y la psique humana. Provocando que la música refleje y evoque lo que está activo en la mente consciente e inconsciente de la persona en el aquí y ahora, lo que finalmente se complementa con la interacción, el componente musical, imaginación y trabajo artístico, ayudando a integrar la experiencia. Ha esta experiencia musical se le denomina trabajo del alma, invitando a la exteriorización de la introspección en nuestra mente, la aceptación de las propias emociones, la asociación simbólica o metafórica de las imágenes autogeneradas, consiguiendo el fortalecimiento de los propios recursos y un mayor bienestar.

Este modelo combina las estrategias de relajación por un lado, y la interiorización y transformación interior a través del poder de la música y las autoimágenes generadas, ofreciendo la integración del cuerpo, mente y espíritu, favoreciendo la concentración; facilitando la expresión emocional limitada; fortaleciendo los recursos interiores, ampliando, modificando o cambiando la visión interna necesaria para obtener calidad de vida.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

Para la presente investigación se optó por la metodología cuantitativa que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida previamente. La metodología cuantitativa confía en la medición numérica, el conteo y el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

El tipo de investigación que se eligió es cuasi-experimental por existir una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar. No hubo aleatorización de los sujetos o grupo de tratamiento, o bien no existió grupo control propiamente dicho.

El diseño que mejor se acopló a esta investigación fue el diseño test re-test, donde se aplicó el mismo instrumento a una misma población comparando los resultados obtenidos antes y después de la intervención. Este modelo ayudó a identificar tanto la fiabilidad como la estabilidad de la medida. Se aplicó el test a la muestra en dos momentos diferentes y se compararon ambas medidas, esto indica que la evaluación aplicada es precisa. Comparando que las respuestas de la muestra sean consistentes, si mejoró o si hay cambios.

Finalmente se realizó un análisis de los datos obtenidos a través de la correlación de Pearson, permitiendo entender los cambios acerca de la autoestima de las personas con afasia antes, durante y después de la intervención musical. Con este método de recolección de datos se plasmaron los resultados de los instrumentos utilizados, con el fin de obtener las respuestas sobre la observación de la autoestima, así como respuestas físicas y emocionales para resultados más fiables.

2.02 Formulación inicial de la hipótesis

La musicoterapia es útil en la mejora de la autoestima de personas diagnosticadas con afasia

- Variable dependiente: autoestima
- Variable independiente: musicoterapia

Las hipótesis que corresponden a esta investigación son las correlacionales, estas especifican las relaciones entre dos o más variables y corresponden a “los estudios correlacionales” dando explicación sobre la vinculación entre dos o más variables, también reflejan cómo están vinculadas, alcanzando un nivel predictivo y explicativo.

Hipótesis	Definición conceptual /Variables	Definición operacional / Indicadores	Técnicas Instrumentos
La musicoterapia es útil en la mejora de la autoestima	Autoestima (Branden, 1994) La Asociación Nacional para la Autoestima (National Association for Self-Esteem) la define como “la experiencia de tener capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Las personas que tienen una autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables”.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevada ✓ media ✓ baja 	Escala de valoración de autoestima de Rosenberg
	Musicoterapia (Bruscia, 2014) Bruscia “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio. El terapeuta establece objetivos y funciona de acuerdo a un programa planeado de sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ tono ✓ ritmo y tiempo ✓ modo vocal o instrumental ✓ melodía y armonía ✓ timbre 	Sesiones de escucha musical e imágenes guiadas

2.03 Técnicas

2.03.01 Técnica de muestreo

La muestra fue intencional o de conveniencia, de muestreo no probabilístico. Esta técnica considera que cualquier individuo que cumpla con una cierta característica (por ejemplo: tener afasia) va a ser representativo del universo, participaron 11 personas con afasia residentes del asilo Mis años Dorados, zona 16.

La muestra representativa se consideró inicialmente con un mínimo de 25 personas, esto no fue posible debido a que como se explicó en la justificación cada vez son más las personas que padecen afasia (según reportes anuales del Ministerio de Salud), pero difícilmente se atienden en un solo lugar o lugares. Hasta el momento en el asilo Mis Años Dorados fue donde se localizaron más personas con este padecimiento y con las características necesarias para ser incluidos en la muestra. Los participantes debían reunir criterios en común como haber tenido un evento cerebro vascular, haber quedado con secuelas de afasia y haber sido diagnosticadas por un profesional; adicionalmente esta población proviene de similares condiciones socioeconómicas lo que los hace más afines.

Así que más que por el tamaño, la representatividad está más relacionada con el marco de muestreo, es decir con el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Por ello, se tuvo el cuidado que las personas del público objetivo independientemente de la cantidad, cumplieran con todos los criterios para decir que es una muestra representativa.

2.03.02 Técnicas de recolección de datos

✓ Observación

Se hizo uso de la observación con la intención de evaluar la condición física y mental de los participantes mediante un registro del estado mental.

✓ Escala de Likert

La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación, ofrecen un

sistema de clasificación simple. Bajo este sistema se encuentran elaboradas las escalas de emociones y de autoestima.

✓ Revisión de expedientes

El expediente clínico es el conjunto de información y datos personales de la persona afectada, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud hace los registros, anotaciones correspondientes a la intervención y atención médica de cada persona. Esta técnica de recolección de datos fue proporcionada por la terapeuta del lenguaje del asilo Mis Años Dorados, zona 16; y sirvió para obtener los siguientes datos: número de expediente, género, edad, tipo de afasia, nivel de severidad, evaluaciones realizadas, comorbilidad, profesional que evaluó, fecha de ingreso y fecha de revisión de expediente, de las 11 personas que participaron en la investigación.

2.03.03 Técnicas de análisis de datos

Una vez recopilada la información, se procedió a la ordenación, clasificación, tabulación, codificación y análisis de los datos. El registro sistemático durante la observación se transcribió a un formato de base de datos que facilitó el análisis descriptivo e interpretación de los resultados. Reflejados en los resultados obtenidos del programa de Excel, mediante la correlación de Pearson. De esta forma se obtuvo el puntaje del test retest, si hubo algún efecto importante en la variable independiente durante la intervención con las 11 personas de la muestra, para finalmente proceder a redactar las conclusiones del estudio.

2.04 Instrumentos

✓ Examen mental

El examen del estado mental ayudó a identificar el estado general actual de la persona con afasia (físico), a través de la observación de indicadores en la apariencia. Esta información se encuentra registrada en los expedientes de cada uno de los participantes.

La directora del asilo Mis Años Dorados facilitó la información correspondiente a las 11 personas con afasia. (Ver anexo 5)

✓ Escala de valoración de autoestima de Rosenberg

Mediante esta escala se pretende establecer el nivel de autoestima de la persona con afasia previo y posterior a los talleres. Mide la autoestima basada en la autoimagen o sea, cómo se sienten sobre sí mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo se es y se actúa. Mientras más positivos se sea, mayor es la autoestima. Mientras más negativos se mantenga una persona, menor es la misma. Instrumento utilizado con 11 personas con afasia que residen en el asilo Mis Años Dorados, zona 16. (Ver anexo No. 3)

✓ Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson

Identifica los cambios (emocionales) antes y después de los talleres, en la expresión de la autoestima que se dio en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia (Positivas: diversión o humor, asombro o respeto sobrecogido, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo, calma o serenidad. Negativas: enojo o ira, embarazo o vergüenza ligera, desprecio, asco, vergüenza, culpa, odio, tristeza, miedo, ansiedad). Instrumento utilizado en 11 personas con afasia que residen en el asilo Mis Años Dorados, zona 16. (Ver anexo 4)

✓ Tabla de clasificación de revisión de expedientes

La tabla de clasificación de revisión de expedientes es una estrategia metodológica que agrupa a las personas en base a criterios de inclusión o exclusión para su participación. Instrumento utilizado con 11 personas con afasia que residen en el asilo Mis Años Dorados, zona 16. (Ver anexo 2)

✓ Consentimiento informado

Se hizo uso del consentimiento informado como documento legal que garantizara que la persona con afasia, su familia o cuidadores han expresado voluntariamente su intención

de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se les ha dado, contenida en el documento acerca de los objetivos del estudio, los beneficios y los posibles riesgos. (Ver anexo No. 1)

Se aplicaron los siguientes principios éticos:

- Principio de respeto

Se reunió a las personas participantes en un área en común donde fui presentada por la directora de la institución, posteriormente les expliqué cuál era el motivo de mi estadía en ese lugar, la duración y los beneficios.

- Principio de autonomía

Este principio se aplicó cuando en común acuerdo con la directora de la institución y de las cuidadoras, se acercaron a cada uno de ellos y consintieron su participación ante su presencia.

- Principio de beneficencia

Se obtuvieron beneficios a nivel individual y colectivo de las personas participantes. Durante las sesiones se notaba su creciente interés por las sesiones y en las diferentes formas de expresión de cada uno, además de obtener para la institución un equipo médico necesario para el control de su salud física.

2.04 Operacionalización de objetivos / Unidad de análisis

Objetivos	Definición conceptual / variables	Definición operacional / indicadores	Técnicas / instrumentos
Evidenciar la utilidad de la musicoterapia en la mejora de la autoestima de la persona con afasia.	Afasia (Sanchez, 2018) “Estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de la fonación”	✓ Leve ✓ Moderada ✓ Severa	Tabla de clasificación de revisión de expedientes
Establecer el nivel de autoestima actual de la persona con afasia.	Nivel (Bembibre, 2019) “El mismo hace referencia a la presencia de etapas y estados que se dan en una situación particular. Un nivel siempre implica la existencia de otros niveles diferenciados, como así también la implícita sucesión de etapas que marcan un camino hacia determinado fin u objetivo”.	✓ Elevada ✓ media ✓ Baja	Escala de valoración de autoestima de Rosenberg
Identificar los cambios en la expresión que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia.	Expresión (Gardey, 2013) “La expresión permite exteriorizar sentimientos o ideas: cuando el acto de expresar trasciende la intimidad del sujeto, se convierte en un mensaje que el emisor transmite a un receptor”. (observable)	✓ Física ✓ Emocional	Examen del estado mental Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson
Registrar el nivel de autoestima posterior a realizar las sesiones de musicoterapia	Registrar (Gardey, 2013) “Se trata del accionar y de las consecuencias de registrar, un verbo que refiere a observar o inspeccionar algo con atención. Registrar también es anotar o consignar un cierto dato en un documento o papel”	✓ Revaloración	Escala de valoración de autoestima de Rosenberg

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y la muestra

Características del lugar

La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente por Acuerdo Interno 22-2017, creó el Programa Nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados”, el cual está diseñado para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores a nivel nacional, esto a través de sus 86 centros de atención diurna y 2 centros de atención permanente a nivel nacional, el programa aporta al desarrollo integral, facilitando alimentación que consiste en refacción por la mañana, almuerzo y refacción por la tarde, adicional a ello se realizan diversas actividades que promueven el cierre de brecha generacional, por medio de convivencias entre niños, jóvenes y voluntarios.

Con el objetivo de brindar un mejor servicio a los adultos mayores se han desarrollado alianzas de cooperación interinstitucional, coordinaciones y gestiones locales, con entidades públicas y privadas, así como con la comunidad en general, logrando sensibilizar a estos sectores con respecto a la atención que requieren los adultos mayores. El programa brinda atención integral a los adultos mayores en los siguientes componentes: alimentación, terapia física, atención primaria en salud, apoyo psicológico, terapia ocupacional.

Características de la muestra

El asilo Mis Años Dorados ubicado en zona 16, tiene una capacidad aproximada para unas 30 personas. Las personas que son acogidas en esta institución deben reunir criterios en común como ser adulto mayor, estar necesitado de algún tipo de protección económica, social, legal, psicológica o asistencia física, carecer de recursos económicos necesarios para valerse por sí mismo, no contar con parientes que puedan hacerse cargo económicamente del solicitante.

Criterios de inclusión tomados en cuenta para el presente estudio:

- Haber sufrido un evento cerebro vascular
- Haber quedado con secuelas de afasia
- Estar diagnosticado por un profesional
- Estar recibiendo algún tipo de rehabilitación
- Estar comprendido entre las edades de 53 y 80 años de edad
- Estar institucionalizado
- Comorbilidad

Criterios de exclusión tomados en cuenta para el presente estudio:

- Personas menores de 52 años
- No tener un diagnóstico realizado por un profesional
- Tener un diagnóstico diferente a afasia
- No haber recibido nunca rehabilitación
- Personas que no vivan en la institución

3.02 Presentación e interpretación de resultados

Paso 1: resultados de la selección de la muestra

En la ficha de recolección de datos se concentró la información necesaria proporcionada por la institución de las personas que tienen diagnóstico de afasia. En ella se recolectan datos demográficos como la edad, el género, la severidad, el tipo de afasia, las evaluaciones realizadas, comorbilidad y el profesional que evaluó. La muestra fue de 11 personas diagnosticadas con afasia entre las edades de 53 y 80 años de edad, la afasia que predomina entre la muestra es de tipo Wernicke (comprensión) con un total de 8 personas, 2 con afasia de Broca (expresión) y 1 con afasia mixta. Esta condición consiste en que la persona posterior al ACV queda con dificultades para la comprensión y/o expresión, lo que hace difícil la comunicación entre paciente y terapeuta. El 90% de las personas del grupo pudieron responder con poca ayuda.

Tabla 1

Genero	51 – 60 años	61 -70 años	71 – 80 años	Total
Masculino	1	3	2	6
Femenino	3	1	1	5

La tabla muestra la distribución en género y edad de las personas que participaron, 6 de ellos fueron hombres y 5 mujeres, no encontrándose algún indicio para considerar que el género pueda ser un factor en el nivel de autoestima en las personas con afasia. Sin embargo la edad si puede serlo puesto que los accidentes cerebrovasculares se dan generalmente en esta etapa de vida de las personas (tercera edad) y es difícil sobrellevarlo si no se tiene una autoestima nivelada y/o bien cimentada.

Gráfica 1

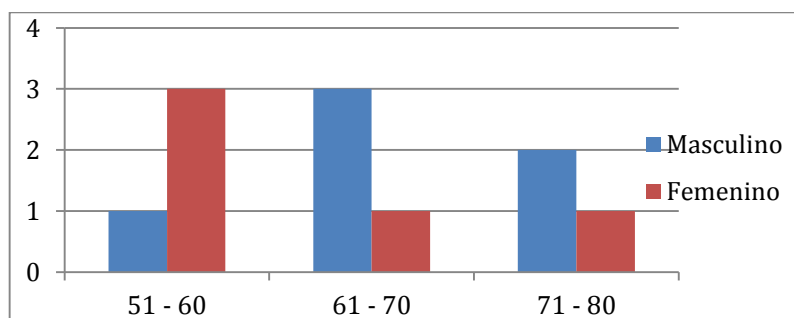


Diagrama 1: muestra de distribución según género y edad entre personas de 53 a 80 años de edad.

Tabla 2

Se recolectó información específica según criterios de inclusión y exclusión como tipo de afasia y severidad de los participantes según datos registrados en los expedientes, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tipo de afasia:	Afasia de Broca	Afasia de Wernicke	Afasia Mixta	Total
Leve		8	1	9
Moderada			1	1
Severa	1			1

La tabla específica tipo de afasia y severidad. 9 de las personas de la investigación tienen afasia leve, 1 moderada y 1 severa. El tipo de afasia no fue impedimento para que las personas participaran. Una vez en la sala llegaban con y sin ayuda respectivamente, respondiendo a la música a su modo particular. En cuanto a la severidad, fue más complicado obtener las respuestas necesarias para el consentimiento informado por su dificultad motora o de comprensión, que obtener respuestas durante las sesiones en sí.

Gráfica 2

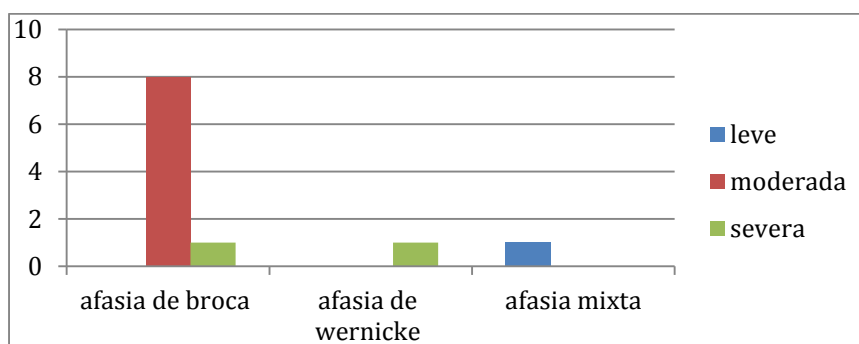


Diagrama 2: muestra el grado de severidad de la afasia de las personas de la muestra.

Tabla 3

Algunas personas del grupo fueron diagnosticadas con alguna otra enfermedad posterior al diagnóstico de afasia. Se tomaron en cuenta por considerar que esto podría ser un factor importante a analizar respecto a los efectos de la musicoterapia. La comorbilidad se registró solamente en personas con afasia mixta.

Tipo de afasia:	Afasia de Broca	Afasia de Wernicke	Afasia Mixta	Total
Parkinson			1	1
Demencia senil			1	1

Estas 2 personas además de presentar afasia mixta, fueron diagnosticadas con otro trastorno degenerativo posterior a la afasia. La permanencia del resultado del tratamiento de musicoterapia en estas personas requirió de mayor atención como verles directamente

a los ojos, debido a los factores de salud colaterales.

Grafica 3

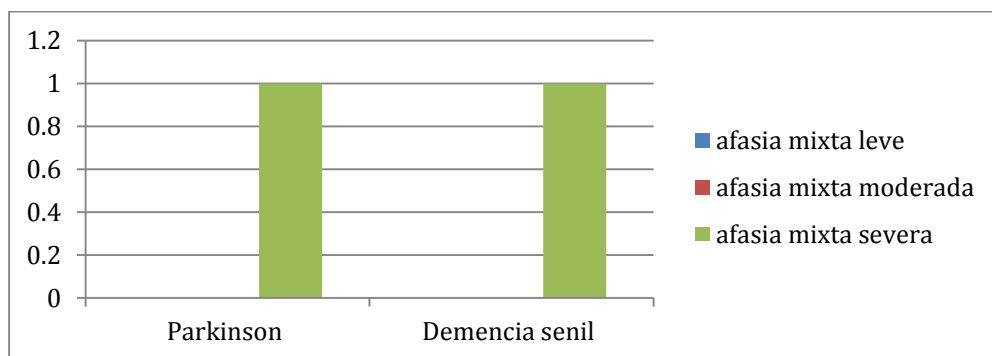


Diagrama 3: muestra las personas que presentaron comorbilidad con la afasia.

Paso 2: resultados sobre el nivel de autoestima anterior y posterior

La metodología estadística utilizada para esta investigación fue la correlación de Pearson que determina la fuerza y la dirección entre dos variables aleatorias. Esta metodología dice que existe correlación si a medida que una variable cambia los valores de la otra aumentan o disminuyen. La fuerza de correlación obtenida responde a la siguiente tabla tomada del libro de Llopis, 2009.

Coefficiente:	Interpretación:
$r = 1$	correlación perfecta
$0.80 < r < 1$	correlación muy alta
$0.60 < r < 0.80$	correlación alta
$0.40 < r < 0.60$	correlación moderada
$0.20 < r < 0.40$	correlación baja
$0 < r < 0.20$	correlación muy baja
$r = 0$	correlación nula

La hipótesis plantea que la musicoterapia es útil en la mejora de la autoestima.

- Variable dependiente: autoestima

- Variable independiente: musicoterapia

El instrumento utilizado para corroborarlo fue la escala de valoración de autoestima de Rosenberg. Los parámetros que utiliza para definir el nivel de autoestima de las personas son los siguientes:

Tipo de autoestima:	Parámetros de interpretación del test de Rosenberg	Valoración dada para la interpretación en la correlación de Pearson
Elevada	-25	1= elevada
Media	26 - 30	2= media
Baja	31 - 40	3= baja

A continuación se presentan los resultados recolectados en una base de datos de Excel, del instrumento de autoestima de Rosenberg, que midió la autoestima antes y después de las sesiones de musicoterapia. Resultados descriptivos:

- X= Nivel de Autoestima Anterior de la persona –A.A.-
- Y= Nivel de Autoestima Posterior de la persona –A.P.-

	Muestra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
X	A.A.	3	3	2	2	3	3	2	3	2	1	2	
Y	A.P.	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	0.725

- Según la tabla utilizada para la correlación de Pearson el resultado es 0.72, lo que lo coloca en la escala de $0.60 < r < 0.80$ correlación con dependencia muy alta o con tendencia alta.
- Dependencia entre las dos variables (X, Y) es positiva.
- Variables relacionadas de forma directamente proporcional.
- Como tiende a 1+, los puntos tienden a correlación exacta.

Paso 3: resultados sobre los cambios en la expresión emocional

Con el objetivo de identificar los cambios de expresión que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia se utilizaron 2 test. El primero

evaluó las respuestas emocionales y el segundo las respuestas físicas que juntos corroboran la autoestima elevada, media o baja que presentaron. Se presentan los siguientes resultados; obtenidos de la escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson.

Emoción	Parámetros de interpretación del test de Fredrickson	Valoración dada para la interpretación en la correlación de Pearson
Positiva	1 punto por cada emoción -	1= positiva
Negativa	2 puntos por cada emoción +	2= negativa

- M= Estado Emocional Anterior de la persona con afasia -E.E.A.-
- N= Respuesta Emocional Posterior de la persona con afasia -R.E.P.-

	Muestra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
M	E.E.A.	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	
N	R.E.P.	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0.34641

- Según la tabla utilizada para la correlación de Pearson el resultado es 0.34, lo que lo coloca entre $0.20 < r < 0.40$ correlación con dependencia baja o tendencia baja.
- Dependencia entre las dos variables (M, N) es positiva.
- Variables relacionadas de forma directamente proporcional.
- Como tiende a 1+, los puntos tienden a correlación inexacta.

Las respuestas físicas observadas antes y después de las sesiones de musicoterapia se recolectaron en el examen mental siendo los resultados los siguientes:

Físico	Parámetros de interpretación del examen mental	Valoración dada para la interpretación en la correlación de Pearson
Mostró movilidad	1 no mostró movilidad alguna 2 si mostró movilidad de	1= positiva
No mostró movilidad	cualquier tipo (cara, cuerpo, extremidades)	2= negativa

- P = Estado Físico Anterior de la persona con afasia –E.F.A.-

- Q = Respuesta Física Posterior de la persona con afasia –R.F.P.-

	Muestra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
P	E.F.A.	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	
Q	R.F.P.	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0.35635

- Según la tabla utilizada para la correlación de Pearson el resultado es 0.35, lo que lo coloca entre $0.20 < r < 0.40$ correlación con dependencia baja o tendencia baja.
- Dependencia entre las dos variables (P, Q) es positiva.
- Variables relacionadas de forma directamente proporcional.
- Como tiende a 1+, los puntos tienden a correlación inexacta.

Análisis general

En el asilo Mis Años Dorados, zona 16, se encuentran 11 personas que han sufrido un evento cerebro vascular y quedado con secuelas de afasia, con diferentes tipos y grados de severidad. Algunos de ellos incluso con comorbilidades como Parkinson y Demencia senil (diagnosticados posteriormente a la afasia). Estas personas se encuentran afectadas en la comunicación, pero con conservación de la inteligencia.

Hablando de los seres humanos en general, Maslow en 1943, elabora una teoría psicológica representada en una pirámide de las necesidades humanas, en su obra “una teoría sobre la motivación humana”. Él coloca en la punta de la pirámide la autorrealización, que significa haber alcanzado el éxito personal. Esto, relacionado al estudio, permitió observar mediante el instrumento del examen mental, que cada persona con afasia da diferente importancia a su enfermedad. Estas personas seguramente se han visto obligadas a cambiar el orden de sus necesidades humanas. En este caso la mayoría tiene arraigada en su mente lo que les afecta, preocupa o perdieron entregándose a la enfermedad; es difícil hacerles divagar en otros pensamientos que les lleven a continuar evolucionando como personas desde su propia capacidad, prefiriendo alejarse de los demás, juzgándose a sí mismos duramente, e incluso considerándolo un castigo por algo

que hicieron o dejaron de hacer durante su vida productiva, dejando en el inconsciente recuerdos agradables pero dolorosos debido a su nueva condición física.

El dilema es entonces cómo lograr que estas personas se comuniquen o mínimamente se expresen, se sientan comprendidos, emocionalmente estables y dispuestos a recibir rehabilitación para continuar con su vida. Aunque algunos profesionales no concuerden en que las terapias alternativas deban ser parte de la psicología o de las sesiones psicológicas, aun así se lleva a cabo este estudio tomando en cuenta que no existe una verdad absoluta al respecto, y se da la oportunidad para registrar los efectos que está puede tener en las personas con baja autoestima, en la búsqueda de métodos no verbales que benefician a las personas que enferman y que viven en condición de pobreza en el país.

Durante la primera aplicación del instrumento para la medición de la autoestima de Rosenberg, en las 11 personas con afasia que participaron 5 de ellos mostró una autoestima baja, frágil, dominada por su nueva situación. Una sola persona con afasia leve registró autoestima elevada.

La autoestima es algo que se forja desde la niñez. Si esta no está bien cimentada y equilibrada, las diferentes situaciones a lo largo de la vida pueden afectarle permanentemente, interiorizando pensamientos devastadores.

Los cambios que se evidenciaron en esta área, fueron principalmente de aquellos quienes tuvieron un talento o algo más o menos significativo en su vida, relacionado con la música. La persona con autoestima elevada volvió a registrar el mismo puntaje. De las 5 personas con autoestima baja, 3 lograron alcanzar una autoestima moderada. Independientemente de este resultado, a partir de la escucha musical en todos ellos se registró aumento en el interés por la exteriorización de recuerdos maravillosos que les hacen sentir orgullosos, y mostraron agradecimiento por tener un espacio donde puedan compartir o al menos recordar para sí mismos.

La comparación sobre los resultados de los dos test anterior y posterior, son

alentadores en cuanto a los índices de dependencia entre la autoestima y la musicoterapia. Existiendo correlación estadísticamente significativa al nivel de 0.72 (según resultados realizados en Excel, mediante la correlación de Pearson), entre la autoestima anterior y posterior de las personas con afasia, lo que comprueba que a más musicoterapia mayor autoestima. Se pudo corroborar además que en efecto no se necesita de mayor conocimiento en el tema musical durante las sesiones, ni instrumentos cotosos. Cualquier objeto, incluso el cuerpo puede servir para inducir música gracias a los elementos de esta, que permite que sus ondas penetren los cuerpos que encuentra en el camino vinculando los aspectos físico, fisiológico, emocional, mental y espiritual; haciéndole sentir a quien la experimenta alegría, tristeza, entusiasmo, vigor, relajación, entre otros.

El efecto que se obtuvo definitivamente estuvo ligado al tipo de música que se escuchó, así como al estado interior de quien dio y recibió la musicoterapia. He ahí la importancia de la selección del método o modelo musical seleccionado, que en este caso fue el modelo de Imágenes Guiadas con Música –GIM-. Es un modelo de musicoterapia receptiva, elegido como opción viable por el tipo de población afásica. Se trabajó la relajación previa a la escucha, con el apoyo de imágenes cuidadosamente seleccionadas, que evocaron el amplio abanico o espectro de emociones que cada uno llevaba en su interior, y posteriormente se les proporcionó un medio de expresión artística, porque el modelo así lo requiere; y porque la musicoterapia es una forma de psicoterapia en la que la expresión suele ser no verbal. Entonces se facilitaron espacios para exteriorizar la parte sana de la persona.

La escala de emociones ayudó inicialmente a identificar los cambios en el estado emocional de las personas que participaron, si éstas esconden o reflejan claramente el nivel de autoestima registrado. 5 de los participantes registró emociones negativas, manifestando encontrarse lastimados e intentando adaptarse a su nueva condición. Emociones como la tristeza, llanto, enfado, preocupación, enfermedad y avergonzado, prevalecen en sus respuestas. 6 de ellos registraron emociones positivas. Posteriormente a

las sesiones se repitió el test y los resultados demuestran que 10 de las 11 personas, experimentaban emociones positivas en ese momento. Únicamente 1 persona continuó dando las mismas respuestas en el test de emociones y registrando autoestima baja, esta persona mostró mejoría en algunas emociones pero no lo suficiente para que puntuara un cambio significativo en el test. La correlación de Pearson que puntúa las respuestas de ambos test dio un valor de 0.34 esto significa que aunque si hubo cambios emocionales en las personas las respuestas no son significativas, aunque subjetivamente si lo fue para la persona que lo experimentó y para su cuidadoras.

La escala del estado mental registró que de las 11 personas 7 no tenían ninguna movilidad ni respuesta física durante la primera evaluación. Estas personas necesitan desplazarse en silla de ruedas, 3 de ellos son totalmente dependientes necesitando del acompañamiento de sus cuidadoras, por lo tanto requieren especial motivación para que participen y mantengan la atención, al menos en la etapa anterior a la escucha musical. Las respuestas físicas registradas, puntuaron 0.35, la correlación entre la musicoterapia y las respuestas físicas que pueden presentar es baja o con pocos movimientos. Conforme se iban impartiendo las sesiones fueron en aumento. Finalmente en 9 de las 11 personas que participaron se observaron movimientos desde pestañeos, tararear, palmar, vocalizar, cantar y hasta bailar.

La actividad simultánea de escucha, imágenes guiadas y elaboración de actividades artísticas, les dio sentido de vida, exteriorizaron sentimientos, principalmente en la actividad con mándalas que según el psicólogo y psiquiatra suizo Carl Gustav Jung (Jung, 1961) “son una exteriorización del inconsciente colectivo, la expresión de la totalidad del ser, y por lo tanto, pueden utilizarse como recurso terapéutico para trabajar aquellos aspectos emocionales que se encuentran reprimidos o no reconocidos”.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

El estudio evidencia la utilidad de la musicoterapia en la mejora de la autoestima de las personas con afasia; los resultados registrados en la escala de valoración de la autoestima de Rosenberg así lo indican. En el análisis de los datos realizado por medio de la fórmula de la correlación de Pearson, con un puntaje de 0.72 se traduce en que la dependencia entre musicoterapia y autoestima es alta.

Se estableció el nivel de autoestima actual de la persona con afasia, donde 5 de ellas se encontraban con baja autoestima, 5 con autoestima media y una con autoestima elevada, registro obtenido al momento anterior a las sesiones de musicoterapia, según la escala de valoración de autoestima de Rosenberg.

Se identificaron los cambios de expresión (física y emocional) que se da en personas con afasia al ser intervenidos con un programa de musicoterapia por medio de la escala de valoración de emociones negativas y positivas de Fredrickson. Anterior a las sesiones se registran 5 personas con emociones negativas y posteriormente solamente una. De igual manera se identificaron respuestas físicas en 4 de ellos antes de las sesiones de musicoterapia y posterior a ellas 9 personas presentaron movilidad de cualquier tipo.

Se registraron los cambios de autoestima posterior a las sesiones de musicoterapia, el test retest indica que aunque todos lograron aumentarla de alguna manera. De las 5 personas con baja autoestima al inicio del estudio, 3 de ellos lograron alcanzar el nivel medio.

4.02 Recomendaciones

Al observar que la utilidad de la musicoterapia tuvo un alto impacto en la autoestima de las personas con afasia participantes, se recomienda su implementación y capacitación en los lugares donde más se concentran estas personas, con el fin de que se expanda a toda la nación y pueda aplicarse en individual y colectivo.

Se recomienda que al inicio de la evaluación de estas personas se establezca su nivel de autoestima, para que sea tomado en cuenta por el equipo multidisciplinario que requiere para su rehabilitación y se tomen las medidas necesarias desde la musicoterapia para que la persona evolucione y tenga un mejor pronóstico.

Se recomienda que el psicólogo encargado de la persona o grupo de personas con afasia tome en cuenta su imposibilidad para la comprensión y/o expresión, por lo que requerirá de desarrollar mejor su habilidad para la observación y valerse de alguna escala que le ayude a registrar los cambios tanto físicos como emocionales del paciente

Finalmente se recomienda que se continúe la expansión de la musicoterapia a nivel nacional como terapia alternativa, y como preparación profesional, pues esta cuenta con el sustento teórico y científico suficiente para nuevos aportes en la comunicación no verbal, donde la persona tiene la oportunidad de interiorizar lo que puede ser capaz de hacer en su propio beneficio.

4.03 Referencias

- Crecimiento y bienestar emocional*. (2007). Recuperado el 25 de 03 de 2018, de <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/Silvia-Russek.html>
- Psicologos en linea*. (1 de 3 de 2012). Recuperado el 6 de 03 de 2018, de <https://psicologosenlinea.net/23-definicion-de-autoestima-conceptos-de-autoestima-segun-diferentes-autores-y-abraham-maslow.html>
- Real Academia Española*. (10 de 2014). Recuperado el 22 de 03 de 2018, de <http://dle.rae.es/?id=4SXaTku>
- Campo, A. C. (abril de 2013). Recuperado el 28 de junio de 2018, de <https://www.isep.es/tesina/metodo-bonny-imaginacion-guiada-con-musica/>
- Clara Fajardo, L. M. (3 de 2013). *Musicoterapia*. Recuperado el 20 de 03 de 2018, de <http://musicoterapiauv.blogspot.com/p/metodologia.html>
- Garcia, A. R. (2013). La educacion emocional, el autococepto, la autoestima y su importanci en la infancia. En A. R. Garcia. Madrid, España: Edetania.
- Guzmán, J. C. (2007). Variables que inciden en el rendimiento academico de adolescentes mexicanos. *Revista latinoamericana de psicologia*, 3.
- Herrera, D. J. (12 de 2011). “*Relación entre autoestima y desempeño laboral en un grupo de mensajeros de una empresa dedicada a repartir correspondencia, ubicada en la Ciudad de Guatemala*.” Recuperado el 05 de 03 de 2018, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/43/Melendez-Dale.pdf>
- Jung, C. G. (1961). Mandalas como recurso terapeutico . *Significados* .
- Lara Cantú, M. A. (1993). *Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana*. *Revista Latinoamericana de Psicología [en linea]* . Recuperado el 05 de 03 de 2018, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80525207>
- Leivison, C. (2006). *Resonando. Nobuko, Buenos Aires*.

- López Mejía, D. I., Valdovinos de Yahya, A., Méndez-Díaz, M., & MendozaFernández. (07-12 de 2009). *Psicología iberoamericana*. Recuperado el 16 de 02 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609008.pdf>
- Martinez, A. (29 de 11 de 2016). Recuperado el 25 de 03 de 2018, de <http://republica.gt/2016/11/29/asi-quedaron-las-asignaciones-en-el-presupuesto-2017/>
- Monbourquette, j. (2008). autoestima y cuidado del alma. *Bonum, Ottawa*.
- Musicoterapia I*. (s.f.). Recuperado el 14 de 02 de 2018, de <https://sites.google.com/site/musicoterapia/modelos-tericos>
- Naranjo, m. L. (9-12 de 2007). *Revista actualidades investigativas en Ecuador*. Recuperado el 5 de 03 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- P.H, D. (1974). *Evaluacion de la afasia y de trastornos similares*. Buenos Aires: Panamericana.
- Padron, M. (s.f.). *Psico.org*. Recuperado el 22 de 02 de 2018, de <http://www.psico.org/articulos/el-duelo-en-la-enfermedad-cronica/>
- paho.org. (s.f.). *OPS/OMS Guatemala*. Recuperado el 15 de 02 de 2018, de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=24:la-opsoms-en-guatemala&Itemid=389
- Sánchez, J. M. (10 de 12 de 2008). *Revista Digital Universitaria*. Recuperado el 15 de 02 de 2018, de <http://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/1459/809.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schoenbach, V. J. (08 de 1999). *Fundamentals of epidemiology - an evolving text*. Recuperado el 04 de 02 de 2018, de <http://www.epidemiolog.net/evolving/FundamentalsOfEpidemiology.pdf>
- Secall, R. (s.f.). *Mente sana*. Recuperado el 25 de 02 de 2018, de <http://www.mente-sana.es/blog/>
- Toca, R. P. (s.f.). *Ministerio de educacion, gobierno de España*. Recuperado el 15 de 02 de 2018, de http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/inicio_musicoterapia.pdf

4.04 Glosario

A

afasia

Trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica y se debe a lesiones cerebrales. · 6

aneurisma

Dilatación anormal de las paredes de una arteria o una vena. · 13

autoestima

Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo · 17

C

cardiopatías

Enfermedad del corazón · 13

cardiovasculares

sistema cardiovascular · 10

cerebrovasculares

cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". · 10

D

diabetes

Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina · 13

E

embolias

Obstrucción de una vena o una arteria producida por un émbolo (coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales, etc.) arrastrado por la sangre. · 12

enfermedades crónicas

son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. · 10

espasmos

Contracción brusca, involuntaria y persistente de las fibras musculares · 12

H

hemorragias

Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes. · 12

hipertensión

Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias · 13

N

neuropsicología

Parte de la psicología que estudia las relaciones entre las funciones superiores y las

estructuras cerebrales. · 10

nosocomios

hospital. · 8

O

obesidad

Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. · 13

T

tabaquismo

Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco · 13

traumatismos

Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia. · 13

trombosis

Formación de un coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo o en el corazón. · 12

4.05 Anexos



Anexos

Universidad San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas

Consentimiento informado

Nombre:

Aceptación de mi participación voluntaria en el proyecto de investigación:

“Efectos de la musicoterapia en personas diagnosticadas con afasia”

Objetivo: investigar si la musicoterapia mejora la autoestima de personas con afasia

A cargo de: Yecenia González

Institución: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Psicología

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación, se me informó que:

- Mis datos personales serán anónimos
- Se me brindó toda la información posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella. esta información podrá ser ampliada una vez concluya mi participación.

Firma

Participante

Yecenia González

Tesista

Guatemala, junio de 2019

Tabla de clasificación de revisión de expedientes

1.

Nombre: A. M.	Sexo: F	Edad: 59	No. de expediente: 016-2018
Diagnóstico: afasia de broca Severidad: moderada Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 20/02/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

2.

Nombre: T. D.	Sexo: M	Edad: 80	No. de expediente: 038-2015
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 13/06/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

3.

Nombre: I. L.	Sexo: M	Edad: 70	No. de expediente: 020-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 7/8/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

4.

Nombre: C. E. V.	Sexo: M	Edad: 67	No. de expediente: 056-2018
Diagnóstico: Afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 7/08/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

Anexo 2

5.

Nombre: F. A. P.	Sexo: F	Edad: 72	No. de expediente: 024-2018
Diagnóstico: afasia mixta Severidad: severo Comorbilidad: Parkinson Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 23/03/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

6.

Nombre: M. N.	Sexo: F	Edad: 60	No. de expediente: 059-2018
Diagnóstico: afasia mixta Severidad: severa Comorbilidad: demencia senil Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 10/09/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

7.

Nombre: M. T.	Sexo: M	Edad: 64	No. de expediente: 062-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 17/10/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

8.

Nombre: J. G. T.	Sexo: M	Edad: 78	No. de expediente: 046-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluado (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 17/07/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

Anexo 2

9.

Nombre: M. D. M.	Sexo: F	Edad: 58	No. de expediente: 032-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: severa Comorbilidad: no Evaluable (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 06/06/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

10.

Nombre: I. R.	Sexo: F	Edad: 63	No. de expediente: 007-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluable (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 15/01/2018 Fecha de revisión: 12/06/2019	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

11.

Nombre: M. J. S.	Sexo: M	Edad: 71	No. de expediente: 030-2018
Diagnóstico: afasia de Wernicke Severidad: leve Comorbilidad: no Evaluable (a) por: Margarita de León Fecha de evaluación: 30/05/2018 Fecha de revisión: 12/06/2018	Evaluaciones realizadas: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Test de Boston • Clasificación general del comportamiento del habla • Examen del mecanismo del habla • Test de articulación • Examen mental 		

Ficha técnica

Instrumento	Autoestima - autoexamen Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)
Autor	Doctor Morris Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000
Objetivo	Establecer el nivel de autoestima de la persona con afasia, anterior y posterior a sesiones de musicoterapia
¿Qué mide?	Mide la autoestima basada en la autoimagen, o sea, cómo se sienten sobre sí mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.
Tiempo de resolución	La duración de resolución de este cuestionario es de aproximadamente 10 a 15 minutos.
Forma de aplicación	Se aplicará en forma de entrevista a cada uno de los participantes.
Puntuaciones de calificación	La escala consta de 10 ítems, frases de las que 5 están enunciadas de forma positiva y 5 de forma negativa. La escala va de autoestima baja, alta positiva y alta negativa

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Ficha técnica

Instrumento	Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson
Autor	Darío Páez, Magdalena Bobowik, Pilar Carrera y Serena Bosco, 2009
Objetivo	Identifica los cambios (emocionales) en la expresión de la autoestima que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia (Positivas: diversión o humor, asombro o respeto sobrecogido, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo, calma o serenidad. Negativas: enojo o ira, embarazo o vergüenza ligera, desprecio, asco, vergüenza, culpa, odio, tristeza, miedo, ansiedad)
¿Qué mide?	Se compone de dos niveles afectivos una positiva y otra negativa. Estas dos evaluaciones generales permiten calcular los niveles de ambivalencia emocional siguiendo indicadores que se han mostrado útiles en la literatura de ambivalencia actitudinal (ver Caballero, Carrera, Muñoz y Sánchez, 2007), además también nos permitirá correlacionar el nivel de ambivalencia emocional con la ratio de positividad de Fredrickson, de manera que podamos conocer hacia qué polo evaluativo (positivo o negativo) está sesgada la ambivalencia
Tiempo de resolución	La duración de resolución de este cuestionario es de aproximadamente 10 a 15 minutos.
Forma de aplicación	Se hará una adaptación visual, presentando las situaciones de emoción en forma de fichas que deberán señalar según se sientan en ese momento.
Puntuaciones de calificación	<p>La escala de Fredrickson cuenta con 20 preguntas que miden las diez emociones positivas (1 diversión o humor, 4 asombro sobrecogido, 8 agradecimiento, 11 esperanza, 12 inspiración, 13 interés, 14 alegría, 15 amor, 16 orgullo y 19 calma o serenidad) así como las diez negativas (2 enojo o ira; 3 “embarazo” corte o vergüenza ligera, 5 desprecio; 6 asco; 7 vergüenza; 9 culpa; 10 odio; 17 tristeza; 18 miedo y 20 ansiedad).</p> <p>Para computar una razón o ratio de positividad más precisa Fredrickson propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contar con un uno todas las emociones positivas en el que hayas contestado un nivel de intensidad igual o mayor de 2. b) Contar con un uno todas las emociones negativas en el que hayas contestado hayas contestado un nivel de intensidad igual o mayor a 1. c) Dividir el total de emociones positivas por el de negativas – si has tenido un cero en negativas, atribuye un uno para tener una estimación (con cero no se pueden hacer divisiones).

Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson

Por: Darío Páez, Magdalena Bobowik, Pilar Carrera y Serena Bosco, 2009

Indique si ha experimentado los siguientes sentimientos:

- 1¿Se ha sentido durante este periodo **ALEGRE**? ____
- 2¿Se ha sentido durante este periodo **ENFADADO**? ____
- 3¿Se ha sentido durante este periodo **NERVIOSO**? ____
- 4¿Se ha sentido durante este periodo **SORPRENDIDO**? ____
- 5¿Se ha sentido durante este periodo **TRISTE**? ____
- 6¿Se ha sentido durante este periodo **ABURRIDO**? ____
- 7¿Se ha sentido durante este periodo **CONTENTO**? ____
- 8¿Se ha sentido durante este periodo **PREOCUPADO**? ____
- 9¿Se ha sentido durante este periodo **CANSADO**? ____
- 10¿Se ha sentido durante este periodo **DISTRAIDO**? ____
- 11¿Se ha sentido durante este periodo **ENAMORADO**? ____
- 12¿Se ha sentido durante este periodo **ENFERMO**? ____
- 13¿Se ha sentido durante este periodo **MAREADO**? ____
- 14¿Se ha sentido durante este periodo **ASUSTADO**? ____
- 15¿Se ha sentido durante este periodo **AVERGONZADO**? ____
- 16¿Se ha sentido durante este periodo **ENFADADO**? ____

Ficha técnica

Instrumento	Examen del estado mental
Autor	Coordinación, Departamento de carreras técnicas, Escuela de Ciencias Psicológicas USAC
Objetivo	Identificar el estado general actual de la persona con afasia (físico y mental) a través de la observación: apariencia, ubicación en tiempo y espacio, persona, memoria, atención, afecto, pensamiento, percepción, conciencia, lenguaje, rasgos predominantes de su personalidad.
¿Qué mide?	El estado mental y físico actual de la persona con afasia.
Tiempo de resolución	La duración de resolución de este cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.
Forma de aplicación	Se aplicará en forma de observación a cada uno de los participantes.
Puntuaciones de calificación	El instrumento recolecta información observable y se realiza un resumen global.

EXAMEN MENTAL

Nombre del paciente: _____ fecha: _____

Apariencia personal:

Tiempo:

Espacio:

Persona

Memoria

Juicio

Atención

Afecto

Anexo 5

Pensamiento

Percepción

Conciencia

Lenguaje

Rasgos predominantes de su personalidad

Resumen global de lo observado

Observaciones específicas

Recomendaciones

Anexo 6

Planificación de sesiones de musicoterapia Modelo GIM o Bonny

Objetivo	Metodología	Técnica	Materiales
Identificar los cambios en la expresión de la autoestima que se da en personas con afasia al ser atendidos con un programa de musicoterapia.	Colocarse con el fin de dar inicio a las sesiones, con las personas cómodamente ubicadas y establecer rapport.	Preludio	✓ Grabadora ✓ música instrumental ✓ imágenes referentes a la autoestima
	El terapeuta guía la sesión hasta llevar a la persona a un estado de relajación y concentración profunda.	Relajación	✓ instrumentos musicales ✓ hojas
	El terapeuta presenta una imagen referente al tema a tratar en este caso la autoestima.	Focus o tema	✓ crayones ✓ sacapuntas
	Este es el corazón de la sesión. Momento del inicio de la sesión musical instrumental elegida especialmente para el tema de autoestima.	Viaje musical imaginario	
	La música llega a su final y el terapeuta ayuda a la persona al retorno a un estado normal y a exteriorizar las sensaciones y conectarlas con imágenes que serán expresadas con dibujo libre.	Postludio	

Fuente: elaboración propia para los fines de esta investigación.

6. LISTADO DE SELECCIÓN MUSICAL

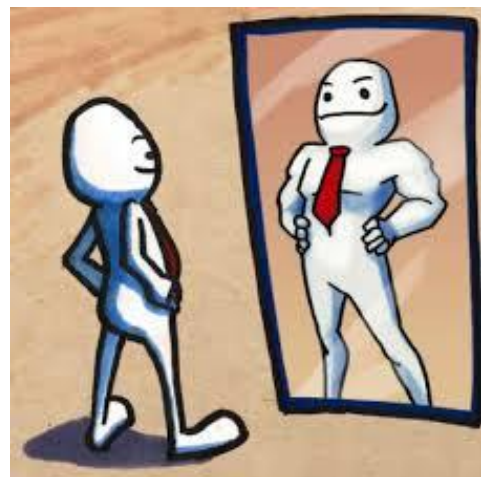
No.	Pista	Duración	Artista	Álbum	Genero
1	ADN sanación	4:55	Kether Chayim	Mantras de activación	Instrumental
2	Sacred creation	3:17	Rufino Saragoza	The Canticle of Brother Sun	Instrumental
3	Sounds of the rockies	4:47	Jimmie Pinkstaff	Desconocido	Instrumental
4	Qapaq Ñan	5:09	Alborada	Anthology	Instrumental
5	El condor pasa	3:15	Leo Rojas	Desconocido	Instrumental
6	El huamahuaueno	3:28	Fonola Bnad	Ritmo latino	Instrumental
7	El sonido del silencio	3:40	Duo Inkas	Desconocido	Instrumental
8	Saquirsan	4:12	Maya aj	Desconocido	Instrumental
9	Cuando llora un indio	3:38	Marimba chapinlandia	El son folklore de Guatemala	Instrumental
10	Tatanka maanantia	3:12	Tatanka Manantia	Desconocido	Instrumental
11	Ananau	5:16	Mato Grosso	The definitive indians	Instrumental
12	Circle of life	4:13	Leo Rojas	Desconocido	Instrumental
13	Now I feel alive	3:47	Leo Rojas	Desconocido	Instrumental
14	wayanacuy	5:08	Alborada	Desconocido	Instrumental
15	Only time	3:42	Enya	The very of enya	Instrumental
16	If could be where you are	4:03	Enya	Amarantine	Instrumental
17	Return to innocence	4:17	Enigma	Desconocido	Instrumental
18	Capa 9 shechinah esh	5:19	Fernanada Delgado	DNA healing mantras	Instrumental
19	Color esperanza	4:19	Diego torres	Todos exitos	Instrumental
20	Enigma of His Eyes The Peace	7:15	Shinnobu	Shinnobu	instrumental
21	Der einsame Hirte	3:57	Leo rojas	Der einsame Hirte	Instrumental

Anexo 7

22	Sumactaqui	5:08	Migracion	Great Spirit Dance	Instrumental
23	Arabia	4:04	Hanine	Arabia	Instrumental
24	Ly O Lay Ale Loya	4:06	Native Song	Desconocido	Instrumental
25	Soy de Zacapa	2:15	Paco Caceres	Desconocido	Marimba
26	Luna de Xelaju	3:54	Susi Daniellle	Desconocido	Marimba
27	Noches de Escuintla	3:18	Paco Caceres	Desconocido	Marimba
28	Chichicastenango	2:41	Paco Caceres	Desconocido	Marimba
29	Porque será que en Sololá	3:07	Guillermo Fuentes	Desconocido	Marimba
30	Santa cruz del Quiche	3:12	José E. Monzón	Desconocido	Marimba

Anexo 8

Imágenes guiadas:



Anexo 9

Lotería musical:



Fuente: imágenes de pinterest

SESIONES:



Contacto con instrumentos,
guitarra acústica

Simultaneo escucha y
actividad artística



Personal y residentes
compartiendo durante las
sesiones



Instrumentos autóctonos

Lotería musical



Finalizando la sesión