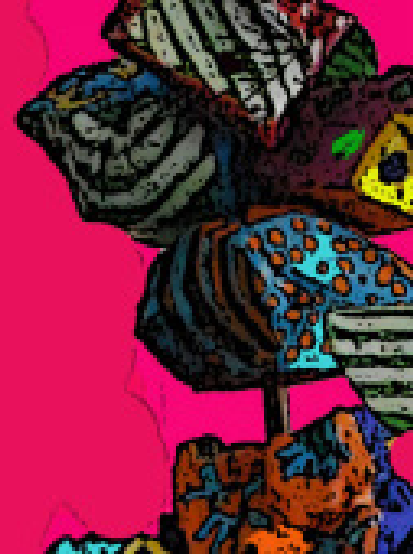


**CONGRESO
INTERNACIONAL DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
ARTE SOCIAL Y
ARTETERAPIA**
*de la creatividad al
vínculo social*

978-84-695-6787-6



Operaterapia. Efectos de las notas agudas del canto en la regulación de los estados de ánimo de ancianos deprimidos

Prof. Dr. Amador Cernuda Lago
Instituto Universitario Danza Alicia Alonso
Universidad Rey Juan Carlos

“Según mi opinión, la voz cantada es el instrumento musical capaz de emocionar en mayor medida al ser humano. Su simple escucha le llama la atención y puede provocarle extraordinarios cambios de humor. Partiendo de esa base, cuando se cultiva la técnica vocal para obtener el mayor dominio posible del instrumento, la voz del cantante se enriquece en flexibilidad, ligereza, volumen y aumento en la tesitura, aparte de aumentar el rendimiento de la capacidad pulmonar..., elementos todos estos que estimulan aún más admiración en el público espectador.

Sin duda todas las maravillosas virtudes del arte musical y canoro están encarnadas en el mito de Orfeo, quien con su canto no sólo tenía poderes sobre personas, animales y naturaleza inanimada, sino que llegó a rescatar de los infiernos a su amada Euridice, conmoviendo y desmoronando con su voz la barrera de la misma muerte”. (Milagros Poblador, Prestigiosa soprano española).

La depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020, la depresión se convierta en una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y ha estimado que produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas.

La depresión es una dolencia que existe desde los tiempos más lejanos en la historia, ha acompañado al hombre desde su origen y precisamente en los tiempos más antiguos ya se acudía a la música y las artes escénicas para atenuarla. En la Biblia, podemos rastrear su existencia. En el Libro de los Reyes, Saúl de Nabucodonosor muestra síntomas que hoy se pueden clasificar como depresión. En Roma un siglo antes de Cristo, Celso y Asdepiades recomiendan para aliviar la depresión mantener unas buenas relaciones humanas, tener estímulos intelectuales y escuchar música agradable. En el Siglo 1 A.C. Aretaeus de Cappadocia describe una enfermedad como melancolía. Soranus sugiere como tratamiento para los pacientes deprimidos ir al teatro a ver comedias. Constantino el africano fue el primero en descubrir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. En la Edad Media había un gran número de variedades de la llamada melancolía, atribuida a espíritus o a causas naturales como exceso de trabajo o de actividad sexual; y hay que recordar que en esta época se solía etiquetar de “diabólicos” a los sujetos con trastornos mentales. En 1839 Roberto Burton publica su “Anatomía de la Melancolía” donde identifica los estados depresivos. En 1883 Emil Kraspelines diferencia entre la psicosis maniaco depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia). Las llamadas escuelas organicistas, hoy biólogos, intentaron explicar el trastorno de la depresión a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material, que concuerda con

la escuela griega, que entendía la depresión como un exceso de “humor o bilis negra”. Otros estudiosos tratan de comprender la depresión como una disfunción cuyo origen está más allá de lo puramente orgánico. Con la revolución francesa y la renovación del espíritu humanístico, surge la idea acuñada por Philippe Pinel de “romper las cadenas de los alienados”, lo que ayudó a que la medicina pusiera interés por las enfermedades mentales, entre ellas la depresión. En el siglo XIX persistieron las interpretaciones organicistas en un afán de identificar y tratar las enfermedades mentales como cualquier otra enfermedad; en ese momento se intentó clasificar y homogenizar los trastornos psíquicos en grupos de pacientes que sufrían síntomas iguales o muy parecidos. A principios del siglo XX se cuenta con la teoría del inconsciente propugnada por Sigmund Freud, entendiendo la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado. El psiquiatra Karl Leonhard, en 1957, fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos maníacos depresivos o circulares) y “monopolar” (personas con historia solo de depresión o sólo de manía). En las últimas décadas el importante desarrollo de ciencias como la psicología conductual y cognitiva han traído nuevas aproximaciones a la explicación de la génesis y el tratamiento de la depresión. La depresión es un factor preocupante para la sociedad actual, tanto a nivel de calidad de vida como a nivel socioeconómico. Basta conocer las cifras económicas que ocupa en Europa, 118 billones de euros de los cuales el 61% son costes indirectos referidos a bajas por enfermedad. Mientras que en España supone 5.005 millones de euros anuales. El coste en enfermedades mentales en Europa es casi el doble que el del cáncer. Se deben buscar alternativas y líneas de prevención y tratamiento. La prevención de la depresión encierra un gran potencial para reducir el sufrimiento humano la discapacidad y la carga económica asociada a estos trastornos psicológicos y esto debería ser una prioridad en las políticas sanitarias que pueden encontrar en los procesos arteterapéuticos, un gran aliado complementario para los tratamientos sin el alto coste que implican otros procesos y el ahorro consiguiente en un momento como este de crisis económica, adquiriendo eficacia y facilitando prevención en una población tan necesitada de apoyo como es el colectivo de personas mayores.

La depresión es un trastorno mental con una elevada incidencia y prevalencia en la población general. Se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad en el mundo, siendo una entidad clínica recurrente, con tendencia a la cronificación. La depresión es una de las variables más relacionadas con la conducta suicida. La comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos mentales, como el alcoholismo, predispone a una mayor probabilidad de recaídas. Existen diferentes factores que podrían intervenir en la génesis de la depresión, entre ellos, factores genéticos, personales, cognitivos, sociales y familiares. A pesar del gran impacto personal y

socioeconómico que ocasiona, un gran número de pacientes con episodios depresivos no son diagnosticados, ni tratados. Otros casos tardan años en ser tratados.

El importante descenso de la natalidad en España, así como el envejecimiento de nuestra población, hace que sea necesaria una aproximación específica a este sector que requiere y demanda atención especializada. El envejecimiento es un hecho que nos enfrenta a una realidad, la pérdida de vitalidad y energía, sentir la vulnerabilidad, el cambio en el aspecto físico y la disminución de las capacidades cognitivas, así como la cercanía de la muerte, y produce en nosotros reacciones emocionales que pueden llegar a angustiar o deprimir al sujeto que se encuentre inmerso en este proceso.

En 1992, Naciones Unidas en su proclamación sobre el envejecimiento hace mención a que el proceso del envejecimiento dura toda la vida y que esta circunstancia tiene que hacer consciente a los estados de la preparación para la vejez se ha de realizar durante toda la vida, comenzando desde la infancia, contemplando el envejecimiento como una etapa evolutiva más allá de la llamada Tercera Edad, posibilitando a los ciudadanos el nivel más alto posible de salud y calidad de vida, así como los distintos cuidados que necesitarán cuando su nivel de autonomía decrezca. En 2030, según las estimaciones de los países pertenecientes a la OCDE, una de cada tres personas será mayor de 60 años, dicha cifra plantea un reto a nivel social y político. Y necesita que ya se tomen medidas para garantizar la calidad de vida de estas personas y de la propia sociedad que se enfrenta a procesos demográficos de características desconocidas.

El envejecimiento que observamos en la población española no es exclusivo de ésta, sino una tendencia generalizada en todo el continente europeo; hace veinticinco años la población europea era una de las más jóvenes del planeta, en la actualidad ha pasado a ser una de las más envejecidas. España ha pasado de tener una población joven a una más envejecida en un corto período de tiempo. La comparación internacional de este proceso sitúa a España en el cuarto lugar dentro de los países más envejecidos del mundo. El censo poblacional de 2001 muestra que la tasa de personas mayores de 65 años ha superado con creces a la población menor de 16 años. Este fenómeno repercute de manera significativa en todos los sectores, tanto económicos como sociales y sanitarios, y determina la planificación de los servicios de atención y protección social.

Conscientes de la situación comentada, en el Instituto Universitario Danza Alicia Alonso de la Universidad Rey Juan Carlos, en los programas de investigación y acción social mediante arteterapia que se vienen desarrollando, hemos puesto nuestra atención en este colectivo cada vez más numeroso, el de la tercera edad y en esta problemática creciente. Hemos realizado experiencias previas de intervención

con la danza y recientemente en colaboración con la prestigiosa soprano española de reconocimiento internacional Milagros Poblador, iniciamos una serie de experiencias de aplicaciones de la operaterapia. Tras comprobar con adultos y con otro grupo de ancianos no depresivos los efectos beneficiosos de las notas agudas del canto en la regulación de los estados emocionales.

Utilizamos diferentes escalas de medida psicológica para valorar los efectos de las sesiones de opera:

- State-Trait Anxiety Inventory (STAI), El cuestionario de autoevaluación STAI posee dos escalas que miden conceptos independientes de la ansiedad, por un lado la Ansiedad Estado (A/E) que mide el estado emocional del sujeto que se manifiesta de manera transitoria con un sentimiento subjetivo de malestar y tensión así como una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo. La escala A/E puede ser utilizada para delimitar los niveles actuales de ansiedad inducidos por situaciones momentáneas de estrés. La Ansiedad Rasgo (A/R) señala una predisposición estable a manifestar respuestas de ansiedad y una tendencia a ver las situaciones como peligrosas, es una disposición a responder ante situaciones tensas con niveles variables de ansiedad estado. Las puntuaciones varían desde 0 puntos a un máximo de 60, los sujetos respondieron en una escala tipo Likert que variaba desde 0 puntos hasta 3, siendo en Ansiedad Estado 0=nada, 1=algo, 2=bastante, 3=mucho, y para la Escala Estado, 0=casi nunca, 1=a veces. Geriatric Depression Scale (GDS). Es una de las escalas de depresión que más se utilizan con población mayor de 65 años ya que contamos con datos normativos. Los autores han construido una escala reducida de la GDS con 15 de los 30 elementos originales seleccionados por arrojar una mayor correlación con la puntuación de la escala total. Esta versión reducida de 15 ítems ha sido la utilizada en el presente estudio.

Memory Everyday Failures (MFE) (Sunderland, Harris y Gleave, 1984). Es la versión corta del "Everyday Memory Questionnaire" de Sunderland y cols, (1983) que consta de 35 ítems y está dividido en cinco secciones: habla, lectura y escritura, rostros y lugares, acciones y aprendizaje de nuevas cosas. Está formado por 28 elementos. Se elaboró a partir de un estudio con pacientes de daño cerebral y detecta los fallos de memoria en el contexto de la vida cotidiana (olvidar dar un mensaje, revisar algo hecho, olvidar dónde se ha puesto algo...)

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Cubrecavi). El Cubrecavi ha sido concebido con el objetivo de obtener una medida útil y breve de la calidad de vida. Como concepto la Calidad de Vida (CV) es un concepto multidimensional compuesto por distintos aspectos que determinan la calidad de vida de los sujetos entre los cuales se encuentran las condiciones socio-ambientales, así como condiciones personales. El Cubrecavi

integra tanto aspectos objetivos como subjetivos, la percepción y valoración subjetiva que hace el sujeto de una serie de condiciones personales y sociales. El Cubrecavi es un cuestionario que consta de 21 subescalas agrupadas en 9 escalas: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios. Cada subescala se evalúa con una o varias cuestiones ofreciéndonos puntuaciones independientes para cada una de las escalas anteriormente mencionada.

Los resultados muestran que las escalas referentes a Salud, Actividad y ocio y Calidad Ambiental son las que mejor predicen la satisfacción con la vida de las personas mayores que viven en comunidad explicando el 26% de la varianza total del nivel de satisfacción con la vida referida de los sujetos. En personas que viven en residencia las escalas que mayor peso alcanza con el nivel de satisfacción con la vida son Salud, Habilidades funcionales y Actividad y Ocio y explican el 33% de la varianza del nivel de satisfacción.

La escala de depresión de Yesavage, fue concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. La versión original constaba de 30 ítems, los mismos autores desarrollaron años más tarde una versión abreviada de 15 ítems. La utilizada para este estudio es la abreviada aceptando como puntos de corte: 0-5 puntos No depresión, 6-9 puntos probable depresión, 10-15 puntos depresión establecida. Como puede comprobarse en la tabla siguiente la media total del grupo no sobrepasa los 5 puntos.

Para evaluar la calidad de vida de la muestra se utilizó el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). El Cubrecavi ofrece dos tipos de puntuaciones, las puntuaciones directas de cada escala o subescala y los percentiles correspondientes a las puntuaciones de las escalas, dichos percentiles son puntuaciones transformadas que indican el porcentaje de la distribución que obtiene un valor igual o inferior al dado. Como se expone en la siguiente tabla el grupo muestra un percentil 30 en calidad ambiental, en la satisfacción con la vida obtiene un percentil 55, en la mitad de la curva normal, y obtiene puntuaciones elevadas en salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, educación e ingresos obteniendo percentiles que oscilan entre 70 y 90.

Método:

Sujetos: El estudio se realizó con una muestra de 33 sujetos con una media de edad de 72 años (Sd = 8,184). Todos los sujetos participantes tenían puntuación superior a 6 en la escala de depresión de Yesavage.

Variables: Tensión, depresión, angustia, vigor, fatiga, confusión.

Instrumentos: Test POMS (*Profile of Mood States*) McNair, D.M., Lorr, M., y Drop-

pleman, L.F. (1971). Versión española de Cernuda (1985).

Procedimiento: El test POMS se pasa antes y después de cada sesión de operaterapia. Una vez recogidos todos los datos se realizaron distintos análisis estadísticos con el programa SPSS 12.0 para Windows. Análisis descriptivo, que nos da los valores máximo y mínimo de cada variable cuantitativa, su media y su desviación típica. Este análisis permite describir la muestra con la que estamos trabajando. Diferencia de medias, que nos permitirá observar si existen diferencias significativas en las variables medidas antes y después de la sesión de operaterapia.

Resultados: 1.- Análisis descriptivo

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	33	66	81	72,00	8,184
Tensión antes	33	48	70	55,83	5,747
Tensión después	33	45	66	52,79	5,459
Depresión antes	33	44	62	51,78	4,399
Depresión después	33	43	59	49,11	3,611
Angustia antes	33	42	65	52,23	5,031
Angustia después	33	40	60	49,59	4,622
Vigor antes	33	40	60	51,57	4,124
Vigor después	33	48	60	53,34	3,467
Fatiga antes	33	41	60	50,19	3,769
Fatiga después	33	38	58	47,91	4,341
Confusión antes	33	39	57	50,02	3,598
Confusión después	33	39	55	47,39	3,358
N válido (según lista)	33				

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 Tensión antes	55,80	33	5,756	1,051
Tensión después	52,80	33	5,461	,997
Par 2 Depresión antes	51,77	33	4,400	,803
Depresión después	49,00	33	3,610	,659
Par 3 Angustia antes	52,27	33	5,044	,921
Angustia después	49,67	33	4,611	,842
Par 4 Vigor antes	51,60	33	4,231	,773
Vigor después	53,40	33	3,597	,657
Par 5 Fatiga antes	50,20	33	3,863	,705
Fatiga después	47,87	33	4,167	,761
Par 6 Confusión antes	50,03	33	3,690	,674
Confusión después	47,37	33	3,439	,628

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Tensión antes y Tensión después	33	,936	,000
Par 2	Depresión antes y Depresión después	33	,901	,000
Par 3	Angustia antes y Angustia después	33	,862	,000
Par 4	Vigor antes y Vigor después	33	,783	,000
Par 5	Fatiga antes y Fatiga después	33	,936	,000
Par 6	Confusión antes y Confusión después	33	,877	,000

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	Gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Tensión antes - Tensión después	3,000	2,034	,371	2,240	3,760	8,078	32	,000
Par 2	Depresión antes- Depresión después	2,767	1,942	,355	2,042	3,492	7,803	32	,000
Par 3	Angustia antes - Angustia después	2,600	2,568	,469	1,641	3,559	5,546	32	,000
Par 4	Vigor antes - Vigor después	-1,800	2,644	,483	-2,787	-,813	-3,728	32	,001
Par 5	Fatiga antes - Fatiga después	2,333	1,470	,268	1,784	2,882	8,694	32	,000
Par 6	Confusión antes - Confusión después	2,667	1,788	,326	1,999	3,334	8,171	32	,000

2.- Diferencia de medias

Los resultados indican que existen diferencias significativas en las medidas tomadas antes y después de la sesión de operaterapia en todas las variables medidas: Tensión, Depresión, Angustia, Vigor, Fatiga y Confusión ($p < .01$).

Los sujetos presentan mayores puntuaciones en Tensión, Depresión, Angustia, Fatiga y Confusión antes de la sesión de operaterapia y una mayor puntuación en Vigor después de la sesión de operaterapia.

Los demás instrumentos utilizados no nos han permitido ver diferencias significativas, las puntuaciones las reservamos para futuros estudios

Discusión y conclusiones

Los resultados del estudio realizado nos permiten afirmar que utilizar las sesiones de opera en un programa de intervención con personas mayores reporta beneficios psicológicos y físicos. Los resultados de las medidas realizadas previas a las sesiones de operaterapia indican que los participantes llegaban a la sesión con estados de humor que mejoraban de una manera estadísticamente significativa al término de la misma, destacando que la fatiga disminuye y el vigor aumentaba al finalizar las sesiones. Reduciéndose las sensaciones de ansiedad y depresión.

Todos los sujetos participaron en el programa con una alta motivación, cuando faltó algún participante fue por motivos inevitables de complicación de salud y la mortandad experimental de la muestra fue muy baja. Empezamos la experiencia con 39 sujetos, los seis que no pudieron terminar el programa fueron por problemas de hospitalización y complicaciones de enfermedad

Bibliografía.

Yesavage, JA., Brink, TL., Lum, O.; Huang, V.; Adey, MB., y Leirer, VO. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 1983; 37-49.

Fernández, R. y Zamarrón, MD. (2007). Cuestionario Breve de Calidad de Vida: CUBRECAVI. Tea Ediciones. Madrid.

McNair, D.M., Lorr, M., y Droppleman, L.F. (1971). Manual for the Profile of Mood States. San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

Spielberger, CD., Gorsuch, RL., y Lushene, RE. (1970). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Tea Ediciones s.a. Madrid.

Sunderland A., Harris, JE. y Gleave, J. (1984). Memory Failures Everyday Life Following Severe Head Injury. *Jour of Cli Neuro*, 6; 127-142.