

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES DEPRIMIDOS  
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Edwin Roberto Pacoticona Ccoa**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2007**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

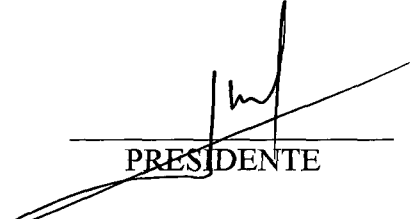
**Facultad de Ciencias Médicas**

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES DEPRIMIDOS CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR:

Dr. GUILLERMO BORNAZ ACOSTA



PRESIDENTE

Dr. OSCAR CACERES MOSCOSO



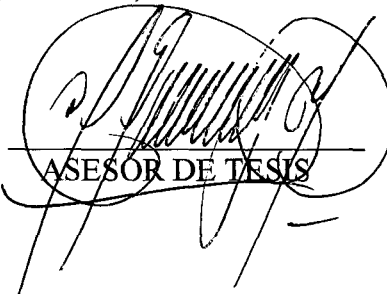
MIEMBRO DE JURADO

Dr. MIGUEL ARROYO PANCLAS



MIEMBRO DE JURADO

Dr. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO



ASESOR DE TESIS

Registro N° 079-2007-FSCM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: EDWIN ROBERTO PACOTICONA CCOA

Fecha de Sustentación: 24 de octubre de 2007

Aprobado por: Unanimidad Nota: 15 (Quince)

Calificativo: Buena


Jurado: - Dr. Guillermo Bonnar Acosta

- Mq. Miguel Anayo Panulas

- Dr. Oscar Cáceres Moscoso

Observaciones: \_\_\_\_\_



  
**Secretario Académico  
Administrativo**

Dedicado a los pacientes de la unidad de hemodiálisis,  
dentro de los cuales a los que toman la vida  
como un viaje pequeño al cual le sacan  
provecho y viven cada momento como si fuera el último....  
Y a mi hija que ilumina mi vida.

## INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2.1.	Formulación del problema.....	5
2.2.	Descripción del problema.....	5
2.2.1.	Área del conocimiento.....	7
2.2.2.	Operacionalización de variables.....	8
2.2.3.	Interrogantes básicas.....	11
2.3.	Objetivos.....	12
2.4.	Hipótesis.....	13
2.5.	Justificación e importancia del problema.....	13
III.	MARCO TEORICO.....	19
3.1.	Antecedentes del problema.....	19
3.2.	Fundamento Teórico conceptual.....	37
3.2.1.	Musicoterapia.....	37
3.2.1.1.	Concepto.....	37
3.2.1.2.	Cómo se realiza la musicoterapia.....	43
3.2.1.3.	Cualidades de la música como herramienta terapéutica.....	45
3.2.1.4.	Fases durante el proceso músico terapéutico.....	47
3.2.1.5.	Metodología en musicoterapia.....	49
3.2.1.6.	Selección de la mejor música.....	62
3.2.1.7.	Efectos de la musicoterapia.....	65
3.2.2.	Depresión.....	71
3.2.2.1.	Concepto.....	71
3.2.2.2.	Signos y síntomas.....	74
3.2.2.3.	Aspectos epidemiológicos.....	76

3.2.2.4. Clasificación de los trastornos afectivos.....	79
3.2.2.5. Etiopatogenia.....	85
3.2.2.6. Clínica y diagnóstico.....	96
3.2.2.7. Tratamiento.....	99
3.2.3. Problemas psicológicos en pacientes en hemodiálisis.....	102
3.2.4. El impacto emocional de la hemodiálisis.....	107
3.2.4.1. Problemas de ansiedad en personas en hemodiálisis.....	113
3.2.4.2. Problemas de depresión en personas en hemodiálisis.....	117
3.2.4.3. Problemas sociales en personas en hemodiálisis.....	121
3.2.4.4. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.....	123
3.2.5. Terminología básica.....	131
IV. MATERIAL Y METODOS.....	132
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	132
4.2. Criterios de inclusión.....	133
4.3. Criterios de exclusión.....	134
4.4. Técnicas de recolección de datos.....	134
4.5. Análisis estadístico.....	135
V. RESULTADOS.....	136
VI. DISCUSION.....	161
VII. CONCLUSIONES.....	165
VIII. RECOMENDACIONES.....	167
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	169
X. ANEXOS.....	173

## RESUMEN

La depresión es una enfermedad médica que dentro de las proyecciones para el 2020 según la OMS ocupará uno de los primeros lugares, dicha patología empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren especialmente en personas que portan enfermedades crónicas terminales como la insuficiencia renal crónica. Se trató de evaluar los efectos de la música en pacientes deprimidos portadores de insuficiencia renal crónica; se elaboró el presente estudio de investigación descriptivo-experimental, prospectivo, en el que se entrevistó a 60 pacientes que acuden en forma regular a la unidad de hemodiálisis del hospital Daniel Alcides Carrión de Calana, seleccionando una muestra de acuerdo a un estudio de casos previa evaluación con un test de depresión, de los cuales se trabajó con 30 pacientes con depresión moderada y severa, aplicando la música por una hora durante sus sesiones de diálisis por 4 meses evaluando los efectos al final de los mismos.

Se encontró que los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad se dan en gran parte de la población de pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a la Unidad de hemodiálisis, llegando a afectar al 66.67 % de los pacientes. Además se encontró que los efectos de la musicoterapia no son muy notables en pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica en los cuales

los niveles de depresión no varían significativamente en todos los pacientes seleccionados, evidenciándose cambios en pocos pacientes de los seleccionados para el grupo de trabajo, de los cuales 16.6%, manifiesta efectos favorables sobre la depresión, siendo mayor el efecto en los pacientes del sexo masculino.

Los pacientes tras realizar la musicoterapia en un 95% refieren sentirse estimulados a expresar sus problemas, disminuir la ansiedad, además de incitar a la relajación y al sueño. Por medio de la música se crea un nexo de comunicación entre médico y paciente. Se evidenció que más que un efecto terapéutico sirvió de CANAL para la expresión de sus problemas lo cual ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación terapeuta/paciente ó con cualquier personal de salud.

**PALABRAS CLAVES:** Musicoterapia, depresión, ansiedad, insuficiencia renal crónica.

## **I. INTRODUCCION**

El ser humano es un complejo sistema de funcionamiento fisiológico, psicológico y social interrelacionado que actúa en transacción directa con otras condiciones que genera sentimientos, actitudes y reacciones emocionales sean estas positivas o negativas como equilibrio interno de supervivencia humana. Varias investigaciones demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel fundamental en la causa y curso de distintas enfermedades físicas. De hecho, cualquier tipo de trastorno médico puede ser potencialmente conceptualizado como psicosomático. Parece que el ser humano es biología, química, física, todo ello relacionado mediante procesos complejos, cualitativamente diferentes a otros fenómenos de la naturaleza que, sin duda, no han sido completamente explicados por las ciencias médicas y de la conducta humana. (1)

Las relaciones históricas existentes entre la música y la medicina representan un vasto campo de estudio. La musicoterapia fue practicada en todos los países y desde siempre. Y, aunque el concepto de enfermedad y de actitud terapéutica han cambiado continuamente a través de los siglos, los efectos de la música sobre la mente y el cuerpo del hombre enfermo, mantienen desde tiempo inmemorial notables semejanzas. (14)

Tenemos un solo sentido que no podemos suprimir: nuestro oído, con él comienza nuestra conciencia, así lo programó la evolución. Antes de pisar esta

tierra, y durante toda nuestra vida hasta la hora de nuestra muerte, cuando todos los demás sentidos claudican, escuchamos. Es a través de este sentido como el mensaje sonoro accede, liberando emociones acalladas, reordenando los ritmos fisiológicos, desbloqueando recuerdos, comunicando experiencias, incitando un movimiento corporal.(14)

La música es un elemento que está presente a lo largo de nuestra vida. Desde que somos niños, nos cantan canciones para arrullarnos, más tarde nos enseñan otras para aprender los colores o los números. Después, en la adolescencia nos hacemos fanáticos de algún grupo musical y de mayores nos inclinamos por las canciones que nos procuran momentos agradables o que nos traen recuerdos de las bellas épocas. Podríamos hacer un repaso de las diferentes etapas que hemos vivido a través de ella, como una especie de “banda sonora” de la película de nuestra vida.

Ahora la depresión sería definida como un estado emocional que se caracterizaría por una tristeza extrema, una percepción de vacío y de rechazo y falta de autoestima lo cual arrastra una alteración de los ritmos vitales de sueño–vigilia y de alimentación. Actualmente la prevalencia de depresión es mayor comparada con años anteriores primeramente porque la expectativa de vida es cada vez mayor en la mayoría de países lo cual conlleva al aumento del número absoluto de personas y la proporción mayor de sujetos expuestos a depresión y por otro lado el estilo de vida de las personas y el medio social cambiante hecho

que con frecuencia provoca estrés psicosocial que conlleva a reacciones depresivas. (4)

Cuando hablamos de Insuficiencia Renal Crónica nos referimos a una situación de mal funcionamiento renal, lo cual es insuficiente para definir al enfermo, ya que lo característico de él no es solo el déficit orgánico, sino cuales son sus reacciones emocionales y su comportamiento ante la enfermedad. El ser humano es el único que no solo “tiene” una enfermedad orgánica, sino que “se siente” enfermo. No reacciona frente a lo que es la enfermedad, objetivamente: una alteración en un órgano del cuerpo, causada por agentes específicos que afectan al organismo de un modo previsible, sino a lo que significa para él como persona. Ese significado es diferente para cada afectado e impregna todo lo que hace, siente y piensa. Dos personas pueden tener la misma enfermedad, con idénticos síntomas, recibir el mismo tratamiento y, sin embargo, sus valoraciones y sentimientos con relación a la enfermedad o al tratamiento pueden ser totalmente distintos, Esto es porque la enfermedad no existe como realidad aislada sino que se da en un individuo, con unas experiencias determinadas y viviendo en un medio social concreto. (17)

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas como el caso de la Insuficiencia Renal Crónica y que son sometidos a hemodiálisis periódicas tienen que confrontar constantes tensiones psicológicas, físicas y sociales, lo cual hace que la persona como unidad sufra resquebrajamiento generando reacciones emocionales negativas tales como la ansiedad, depresión, cólera-

ira / agresión, negación, culpa, alteración de imagen corporal y disminución de autoestima. Las personas en hemodiálisis, están obligadas a modificar su forma de vida, mas o menos, en función de cual fuera la anterior, de sus proyectos y del curso de la IRC o su tratamiento. Los cambios que impone la hemodiálisis van desde hábitos básicos como son la dieta, o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona. Esta situación lleva a cambios en la percepción de sí mismo y las relaciones sociales. Insistentemente podemos observar que los factores físicos psicológicos y sociales constituyen una unidad indisoluble, afectando unos a otros. (18)

No obstante, los avances en la medicina hacen posible que haya personas viviendo sin un órgano “vital”. Es el caso de las personas sometidas a hemodiálisis, que se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de desarrollo elevado, pero que suele ir asociada a problemas psicológicos, derivados de la insuficiencia renal crónica, y de la propia técnica de tratamiento. (9)

En esta investigación se tratará de encontrar la relación entre algo tan milenario como lo es la música y como la música es aplicada terapéuticamente, analizando por consiguiente que la unión de estos dos conceptos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como la Insuficiencia renal crónica y cómo éste estudio puede ser aplicado posteriormente dependiendo de la patología.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los efectos de la musicoterapia en pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Hospital Daniel A. Carrión - Tacna del año 2007?

### **2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La depresión es un estado emocional que se caracterizaría por una tristeza extrema, una percepción de vacío y de rechazo y falta de autoestima lo cual arrastra una alteración de los ritmos vitales de sueño-vigilia y de alimentación. Actualmente la prevalencia de depresión es mayor comparada con años anteriores primeramente porque la expectativa de vida es cada vez mayor en la mayoría de países lo cual conlleva al aumento del número absoluto de personas y la proporción mayor de sujetos expuestos a depresión y por otro lado el estilo de vida de las personas y el medio social cambiante hecho que con frecuencia provoca estrés psicosocial que conlleva a reacciones depresivas.

Cuando hablamos de IRC nos referimos a una situación de mal funcionamiento renal, lo cual es insuficiente para definir al enfermo, ya que

lo característico de él no es solo el déficit orgánico, sino cuales son sus reacciones emocionales y su comportamiento ante la enfermedad. El ser humano es el único que no solo “tiene” una enfermedad orgánica, sino que “se siente” enfermo. No reacciona frente a lo que es la enfermedad, objetivamente: una alteración en un órgano del cuerpo, causada por agentes específicos que afectan al organismo de un modo previsible, sino a lo que significa para él como persona. Ese significado es diferente para cada afectado e impregna todo lo que hace, siente y piensa.

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas como el caso de la insuficiencia renal crónica y que son sometidos a hemodiálisis periódicas tienen que confrontar constantes tensiones psicológicas, físicas y sociales, lo cual hace que la persona como unidad sufra resquebrajamiento generando reacciones emocionales negativas tales como la ansiedad, depresión, cólera-ira / agresión, negación, culpa, alteración de imagen corporal y disminución de autoestima. Las personas en hemodiálisis, están obligadas a modificar su forma de vida, mas o menos, en función de cual fuera la anterior, de sus proyectos y del curso de la IRC o su tratamiento. Los cambios que impone la hemodiálisis van desde hábitos básicos como son la dieta, o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona. Esta situación lleva a cambios en la percepción de sí mismo y las relaciones sociales. Insistentemente

podemos observar que los factores físicos psicológicos y sociales constituyen una unidad indisoluble, afectando unos a otros.

Las personas sometidas a hemodiálisis se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de desarrollo elevado, pero que suele ir asociada a problemas psicológicos, derivados de la insuficiencia renal crónica, y de la propia técnica de tratamiento. Esto ha provocado en los últimos años un mayor interés en el estudio de la vivencia de la enfermedad y de las repercusiones psicológicas y sociales de esta situación.

En esta investigación se tratará de encontrar la relación entre algo tan milenario como lo es la música y cómo la música es aplicada terapéuticamente, analizando por consiguiente que la unión de estos dos conceptos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como la Insuficiencia renal crónica y cómo este estudio puede ser aplicado posteriormente dependiendo de la patología.

### **2.2.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO**

1. CAMPO : Ciencias de la Salud
2. AREA: Ciencias Médicas
3. LINEA: Psiquiatría
4. TIPO DE PROBLEMA: Exploratorio-Descriptivo

## 2.2.2. PRECISION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### a) VARIABLE INDEPENDIENTE

#### La Musicoterapia

**Concepto:** Esta es una terapia que consiste en el uso de instrumentos, elementos musicales y audiciones de música en general. Es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir la restauración, mantenimiento y acrecentamiento de la salud tanto física como mental del paciente incluyendo el aspecto emocional y social del paciente.

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>MUSICOTERAPIA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. FISIOLÓGICOS</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Cambios en la frecuencia cardíaca</li><li>- Cambios en la frecuencia respiratoria</li><li>- Disminución de la tensión muscular</li></ul></li><li><b>2. COMUNICATIVOS</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Estimula la expresión de los problemas e inquietudes.</li></ul></li><li><b>3. MÉDICOS</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Reducción del dolor</li></ul></li><li><b>4. SOCIABILIDAD</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Fomenta la interrelación social</li></ul></li><li><b>5. PSICOLÓGICOS</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Mejora el autoestima</li><li>- Cambia el estado de ánimo</li></ul></li></ol>

## b) VARIABLE DEPENDIENTE

### Depresión

**Concepto:** Estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza intensa y autodesprecio y por lentitud física y mental, percepción de rechazo y vacío, que además tiene componentes somáticos como palpitaciones, insomnio, cansancio, extendiéndose a otros campos bulimia, anorexia nerviosa, alcoholismo, drogadicción.

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Depresión Exógena</b>	<b>1. SOMÁTICOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Disminución de la energía, decaimiento físico</li><li>- Trastornos del apetito</li><li>- Pérdida de peso</li><li>- Cambios sexuales</li><li>- Constipación</li><li>- Variaciones diurnas del estado de ánimo</li></ul> <b>2. PSICOLÓGICOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>EMOCIONALES:</i><ul style="list-style-type: none"><li>- Tristeza</li></ul></li></ul>

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Anhedonia, insensibilidad

- *SENTIMENTALES*

- Culpa
- Desamparo
- Angustia
- Insatisfacción
- Desanimo con respecto al porvenir.
- Sensación de fracaso

### **3. INTELECTUALES**

- Pensamientos obsesivos
- Disminución de la memoria
- Falta de concentración
- Pensamientos suicidas
- Cambio de la percepción del mundo
- Pesimismo

### **4. SOCIALES**

- Perdida de interés por las personas
- Incapacidad para tomar decisiones
- Cambio en las relaciones familiares.

### **2.2.3 INTERROGANTES BASICAS**

#### **A) Interrogante general:**

¿Cuáles son los efectos de la musicoterapia en pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el hospital Daniel A. Carrión de Tacna - año 2007?

#### **B) Interrogantes específicas**

- ¿En qué grado varían los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis tras la musicoterapia?
- ¿Cuál es el grado de variabilidad de los niveles de depresión entre pacientes varones y mujeres que padecen insuficiencia renal crónica tras la musicoterapia?
- ¿En cuanto tiempo en promedio se manifiestan los efectos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica?
- ¿Cómo varía la manifestación de los efectos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica en cuanto al grado de conocimiento musical y el nivel de educación?

## **2.3 FORMULACION DE OBJETIVOS**

### **A) OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la influencia de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

### **B) OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el grado en que varían los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis tras la musicoterapia.
- Comparar el grado de variabilidad de los niveles de depresión entre pacientes varones y mujeres que padecen insuficiencia renal crónica tras la musicoterapia.
- Determinar en que tiempo en promedio se manifiestan los efectos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica.
- Evaluar si el grado de conocimiento musical y el nivel de educación influyen en la manifestación de los efectos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica.

## **2.4 HIPÓTESIS**

La musicoterapia ejerce un efecto favorable en la disminución de los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el hospital Daniel A. Carrión de Tacna durante el año 2007.

### **Hipótesis específicas:**

- Los niveles de depresión varían en mayor grado y de manera favorable en pacientes mujeres que padecen insuficiencia renal crónica tras la musicoterapia.
- Los efectos positivos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica se manifiestan después de los 4 meses.
- El grado de conocimiento musical y el nivel de educación influyen positivamente en la manifestación de los efectos de la musicoterapia en los pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica.

## **2.5 JUSTIFICACIÓN**

La Insuficiencia Renal Crónica somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de estas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que vemos a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales

como estado nutricional, fallas en la autoestima, sostener a sus familias y específicamente presentan DEPRESION. (4)

La depresión y la ansiedad son las manifestaciones psicopatológicas mas frecuentes entre los pacientes renales. Sin embargo, la prevalencia y gravedad del trastorno depresivo no es fácil de establecer. Hay autores que consideran que pocos pacientes con IRC tienen depresión, mientras que otros hablan de un 50% con este diagnostico. Estos últimos explican la elevada prevalencia por la inestabilidad de las condiciones físicas, la presencia constante de síntomas y el sometimiento a una situación estresante como es el tratamiento sustitutivo de la función renal. (9)

Al comparar los índices de depresión en la población general con los de los enfermos renales, se ha encontrado que es mas frecuente en éstos últimos, aunque no alcanzan a los de los pacientes psiquiátricos, y son similares a los de otros enfermos crónicos. (17)

Del mismo modo que sucedía con la ansiedad, la depresión es una variable que predice la supervivencia del paciente, mejor incluso que la edad y las variables clínicas y analíticas, aunque, según parece, el mejor predictor de la supervivencia del sujeto consiste en la combinación de dos variables: depresión y ansiedad. (18)

Para comprender la relación entre depresión y supervivencia conviene tener en cuenta que los pacientes con depresión son los que siguen peor las

prescripciones médicas, además de presentar un estado físico más deteriorado.(19)

La presencia de depresión correlaciona fuertemente con la ansiedad excesiva, hasta el punto de que en muchos casos clínicos lo que aparece es un trastorno emocional global que incluye componentes de ansiedad y depresión. De hecho, gran parte de los factores predisponentes de la ansiedad son también los causantes de la depresión: incertidumbre respecto al futuro, dependencia de los servicios sanitarios, limitaciones en la capacidad funcional, cambios en el aspecto físico, etc. (20)

Además, las pérdidas a las que se ven sometidos estos pacientes contribuyen a explicar las respuestas de tristeza y la depresión. Entre éstas destacan la pérdida de salud, del trabajo, de la estabilidad, pérdida de movilidad y de libertad respecto a la dieta y a la ingesta de líquidos. Esto unido a una reducción de las actividades de ocio y divertimento explicaría la aparición de síntomas depresivos. (18)

Los resultados de ciertos estudios apuntan hacia niveles mayores de depresión en las mujeres, otros no encuentran diferencia en función del sexo. Aunque tradicionalmente la prevalencia de la depresión parece ser mayor en mujeres que en hombres, entre los enfermos en hemodiálisis el número de hombres deprimidos parece ser elevado, llegando a las dos terceras partes del total. (19)

El efecto de la actividad laboral sobre la depresión parece ser mas consistente, la mayoría de los resultados indican que los sujetos no activos laboralmente presentan mas crisis depresivas. Tampoco esta clara la influencia del tiempo en tratamiento en la depresión; no obstante, en general, los resultados apuntan hacia el mantenimiento de los niveles de depresión en los enfermos sometidos a hemodiálisis, aunque en los tres primeros meses de tratamiento sea mayor. (20)

Los avances en la medicina hacen posible que haya personas viviendo sin un órgano “vital”. Es el caso de las personas sometidas a hemodiálisis, que se benefician de una técnica que ha llegado a un nivel de desarrollo elevado, pero que suele ir asociada a problemas psicológicos, derivados de la insuficiencia renal crónica, y de la propia técnica de tratamiento. Esto ha provocado en los últimos años un mayor interés en el estudio de la vivencia de la enfermedad y de las repercusiones psicológicas y sociales de ésta situación.

Los pacientes sometidos a diálisis prolongada y sus familias son vulnerables a constantes crisis emocionales, sociales y médicas. Su supervivencia y calidad de vida depende de la capacidad de afrontamiento del paciente y del equipo de tratamiento. Los programas de diálisis que estimulan la independencia del paciente y la realización de una vida normal reducen con más éxito los problemas psicosociales del paciente. (21)

Psicológicamente, llegar a esta situación de una manera brusca, es un fuerte golpe para el paciente y su familia, que deben asumir una situación para la que nunca se está suficientemente preparado; por lo cual a partir de ese momento va a ser necesario acudir a un centro de diálisis para sustituir la función renal que se ha perdido como la única forma de seguir viviendo o en espera de tener acceso a otras formas de sustitución de la función renal, como la diálisis peritoneal automatizada. Todo esto a la larga afecta en el estado anímico del paciente por lo cual creemos por conveniente evaluar los niveles de depresión en un paciente con insuficiencia renal crónica y sometido a hemodiálisis y aplicar métodos alternativos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes por lo cual se consideró el realizar el siguiente trabajo de investigación además de considerar que no se realizó una investigación semejante en la localidad.

Ahora viendo que la incidencia de depresión en pacientes con Insuficiencia renal crónica son altas y que son sometidos a hemodiálisis interesa el tomar medidas adecuadas para mejorar la calidad de vida entre ellas existen terapias alternativas que se están considerando ahora como una forma de tratamiento de las alteraciones emocionales.

Entre ellas tenemos a la musicoterapia ya que aparte de los beneficios de los efectos de ésta, son de bajo costo económico lo cual ayuda a su fácil

adquisición en estos precisos momentos en que la situación económica del país no esta acorde al ingreso económico de los pacientes.

Además de lo dicho anteriormente si se lograra comprobar que esta terapia alternativa es tan convincente en la práctica como lo es en su fundamento teórico podría ser tomada en cuenta dentro de nuestro contexto sociocultural para la creación de un ambiente terapéutico donde se puedan obtener resultados positivos previa información y plantearlo como un tratamiento multidisciplinario con los servicios de Psiquiatría, Psicología y el Servicio de Hemodiálisis del hospital logrando una rehabilitación integral gracias a esta alianza terapéutica dinámica que lograría afrontar las reacciones emocionales y psicológicas que trae consigo una enfermedad crónica.

Después de explicado y justificadas las ideas de este proyecto queda claramente expuesta la relevancia social de dicho proyecto.

### III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

#### 3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En muchas sociedades primitivas se creía que las enfermedades provenían de maldiciones de brujos, castigos de dioses, y posesiones de demonios. En estas culturas, las causas y el tratamiento de las enfermedades estaban determinadas por el "hombre medicinal" quién aplicaba elementos mágicos para poder liberar al paciente de demonios o maldiciones. Entre estos elementos, la música siempre ocupaba un lugar importante en la ceremonia. La música utilizada dependía de la naturaleza del espíritu que invadía al cuerpo maldito.(14) (38)

Las culturas Egipcias, Griega, Inca y Maya, iniciaron a su manera un ciclo para la prevención y curación de lo interno (espíritu) con la Musicoterapia. En la época pre-cristiana, los griegos usaban la música como tratamiento terapéutico. Esto está claramente visto en los planteamientos de Platón en su libro "La República" (p. 67):

*"La música, es la parte principal de la educación porque insinuándose desde muy temprano en el alma, el número y la armonía se apoderan de ella, y consiguen que la gracia y lo bello entren como un resultado necesario en ella." (12)*

Aristóteles, también hizo aplicaciones de la música y hablaba de su valor ante las emociones incontrolables.

En la Biblia, también se encuentran escritos donde se reporta su uso para elevar las emociones espirituales. En el siglo XVIII aparece en la literatura profesional el relato de anécdotas en donde la música tiene poderes curativos. En 1804 dos estudiantes de la Universidad de Filadelfia escriben ensayos que giran alrededor de la Musicoterapia como tratamiento para pacientes enfermos.(29)

En el siglo XVIII aparecen los primeros artículos sobre los efectos de la música en diferentes enfermedades. En la revista *Columbia Magazine* de 1789, en el artículo *Music Physically Considered*, un autor anónimo dio a conocer el efecto que tenía la música en la mente humana. Mas tarde, en 1796, el artículo *Remarkable Cure of a Fever by Music*, escrito por un autor anónimo, describía la historia de un profesor de música que tuvo fiebre alta por semanas y un concierto de música diario fue la receta que curó su enfermedad. (37)

La disciplina como tal, surge en el siglo XX después de ver su efectividad durante las Guerras Mundiales. En los hospitales de los veteranos, los músicos de las comunidades viajaban alrededor del país tocando sus instrumentos para todos aquéllos que habían sufrido tanto emocional como físicamente en dicha época. La recuperación positiva de dichos pacientes llevó a los doctores no sólo a contratar permanentemente a estos músicos

sino a investigar la relación entre la música y el mejoramiento de las condiciones físicas de estos sujetos. (14)

De esta manera las técnicas terapéuticas de la psiquiatría fueron evolucionando durante dos décadas y más aún por los cambios violentos que se vivieron en los Estados Unidos durante la transición de la vida rural a la vida urbana puesto que esto ocasionó graves problemas mentales. A estos pacientes internados en hospitales psiquiátricos se les llevaban coros musicales por parte de algunos profesores. El tratamiento activo empezó cuando se contó con personal entrenado el cual estaba en la capacidad de ayudar al paciente a abandonar estos hospitales estimulándolo para que afrontara situaciones de la vida cotidiana. (32)

Es así como en 1944 se instaura oficialmente el diplomado de Musicoterapia en la Universidad del Estado de Michigan. En 1950 se funda la Asociación Nacional de Musicoterapia (NAMT) (National Association for Music Therapy) y finalmente en 1998 se funda la Asociación Americana de Terapia Musical (AMTA) (American Music Therapy Association) a la cual pertenecen alrededor de 5000 terapeutas. (33)

Estas antiguas interpretaciones de los efectos terapéuticos de la música tienen un sentido un tanto anecdótico. Hoy en día, investigaciones cualitativas y cuantitativas publicadas por la Asociación de Musicoterapia Americana (AMTA), se realizan en Estados Unidos con el fin de explicar

los diferentes efectos que tiene la música en pacientes de diferentes edades.

(34)

Otros autores demuestran la importancia de la música en diferentes problemas neurológicos. El mejor ejemplo es el doctor Oliver Sacks, quien dijo en 1999 en el *National Satellite Broadcast* de musicoterapia que él usaba la música en pacientes con Parkinson porque la música era un fenómeno que ocurría en todo el cerebro y ésta era una característica muy importante de la que se podía sacar provecho. Sacks también habla de la musicoterapia en su renombrado libro *Awakenings* donde agrega: "He hecho algunas combinaciones de electroencefalografías (EEG) y videos que dan una maravillosa demostración de la capacidad del arte para despertar al paciente con Parkinson. Tengo una grabación de uno de mis pacientes akinético en un lado e hiperkinético en el otro (cualquier medicamento que se le da para un lado empeora al otro), su EEG es asimétrico. Este hombre es un buen pianista y organista, que al momento de empezar a tocar su lado izquierdo pierde su akinesia, su lado derecho pierde sus tics y su corea, encontrándose los dos lados en una unión perfecta. Simultáneamente el EEG patológicamente asimétrico, desaparece dejando ver solo simetría y normalidad. En el minuto que para de tocar, o que su música interna se detiene, su estado clínico y su EEG abruptamente se descomponen". (35)

Muy interesante es el trabajo de Szmedra y Bacharach, por la exquisita complejidad en la elaboración del estudio, pues en éste se analizan, además, parámetros bioquímicos como la concentración de lactato y de catecolaminas. Diez varones (edad  $\pm$  desviación estándar [DE],  $25,1 \pm 6$  años), bien preparados físicamente (volumen máximo de oxígeno [ $VO_2$  máx],  $63,4 \pm 7,9$  ml/kg/min) participaron en el estudio. Cada uno de ellos realizó 2 pruebas de esfuerzo submáximas (70%  $VO_2$  máx) en tapiz rodante de 15 min de duración, una sin música y la otra escuchando música clásica. Se objetivaron menores FC, de esfuerzo (4,6%) y de recuperación (9,8%), y una menor presión arterial sistólica (4%) durante las pruebas acompañadas de música. También fueron inferiores las concentraciones en sangre de lactato (22,5%) y de catecolaminas (17,5%), aunque esta última no lo fue significativamente. También fue menor la percepción subjetiva del esfuerzo realizado mediante la escala de Borg (un 10% menor). Esto último es la base que utilizan los autores para justificar los hallazgos anteriores mediante la siguiente hipótesis: la menor percepción de esfuerzo iría en relación con una respuesta simpática al ejercicio atenuada por el efecto "relajante" de la música; la menor actividad simpática (menor concentración de catecolaminas circulantes) conllevaría una vasoconstricción arteriolar menor, lo que favorecería una mejor perfusión al músculo esquelético en actividad (con menor producción de lactato y mejor aclaramiento) y menores respuestas cronotrópica y tensional. Siguiendo en la misma línea,

algunos trabajos han constatado una disminución de hormonas de estrés (betaendorfinas y cortisol), con un acompañamiento musical. (37)

Valorar cómo influía la música en el incremento de la Frecuencia Cardíaca durante el ejercicio también fue el objetivo del trabajo de Dorney et al , en 1992, donde se obtuvieron los siguientes resultados: la frecuencia cardíaca de ejercicio era menor significativamente ( $p < 0,05$ ) en los tests de esfuerzo, acompañados de música (tanto con música clásica como moderna) que en los controles (sin música). (37)

Se ha formulado la hipótesis de que la música favorita pueda ejercer un efecto más positivo sobre el rendimiento de una persona que no una no favorita. Gfeller lo comprobó con un grupo de 70 estudiantes, el 91% de los cuales refirió mejor rendimiento físico y menor sensación de incomodidad física ejercitándose con su música favorita. Sin embargo, hay trabajos posteriores que muestran resultados opuestos, como el de Patton , realizado durante clases de aeróbic-*step* y el de Crust , de 2004, llevado a cabo con 15 estudiantes (mujeres y edad  $19,5 \pm 1,3$ ), en tapiz rodante. (37)

Tras comparar la evolución de 42 pacientes, con edades comprendidas entre los 5 y los 65 años, ingresados por diferentes tipos de cáncer (linfomas, leucemias y tumores sólidos) en un centro oncológico, los científicos descubrieron con asombro las numerosas ventajas de las melodías. (38)

Una sesión de Musicoterapia podría acelerar la recuperación de los pacientes que se han sometido a un trasplante de médula ósea y restarles parte del dolor y las náuseas causadas por este delicado procedimiento. Los experimentos de un grupo de investigadores de la Universidad de Rochester han demostrado que la música permitía incluso acelerar la producción de células sanguíneas por parte de la nueva médula ósea, mientras esto no ocurre, el sistema inmune queda anulado y el riesgo de infección es muy alto. (14)

Mientras la mitad de ellos recibió los cuidados estándar establecidos para después de una operación de este tipo, el resto fue incluido, experimentalmente, en sesiones de musicoterapia. Dos veces a la semana los pacientes podían optar por tocar algún instrumento, escuchar al terapeuta, escribir canciones o simplemente hablar de la música que les gustaba; algo que se combinaba con la visualización de elementos agradables o escenas alegres. Después de la terapia, los enfermos mostraban índices mucho más moderados de dolor y náuseas que lo que experimentaban antes de la sesión. Pero no sólo eso, sino que en el aspecto médico, la recuperación era mucho más rápida entre estos pacientes que entre sus compañeros, un factor fundamental ya que estos sujetos son especialmente vulnerables durante los días posteriores al trasplante, cuando su nueva médula aún no es capaz de

producir células sanguíneas y su sistema inmunológico está aún debilitado. Generalmente el post-operatorio requiere una hospitalización cercana a los treinta días, por lo que es fácil que estas personas experimenten sentimientos de aislamiento y fatiga.

Aunque la música ya se empleaba hasta ahora para reducir el dolor, la ansiedad o desencadenar sensaciones de relax entre enfermos mentales, pacientes terminales e incluso afectados por cáncer, el trasplante de médula ósea es una operación muy delicada y muchos médicos consideraban que los pacientes eran demasiado vulnerables. Hasta el punto de que impedían a los terapeutas acercarse por temor a que una infección pudiese empeorar la situación de los pacientes. (3)

A juicio de uno de los autores de este trabajo, el doctor O.J. Sahler, esta idea podía estar basada en la concepción errónea de que los pacientes debían estar cantando o tocando ellos mismos los instrumentos, "cuando la realidad es que la escucha pasiva o la simple presencia del terapeuta puede ayudar mucho a estos enfermos en su recuperación". (3)

Un equipo de enfermeras y médicos de EsSalud de la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins confirmó las ventajas de la Musicoterapia para evitar esta dificultad. En el caso específico de los niños con cáncer, este método ha probado reducir el rechazo (manifestado con vómitos y náuseas) durante la aplicación de la

quimioterapia. Se ha comprobado que con estas sesiones en las que se ofrece un discman a los niños para que oigan melodías clásicas seleccionadas de Tchaikovsky, Bach o Vivaldi, se consigue un efecto terapéutico, pues induce al sueño y relajamiento en un 100%, disminuyendo el número de episodios de náuseas y vómitos”, comentó la licenciada Ivonne Grados Vilchez, la profesional lideró la investigación junto a dos enfermeras y tres médicos de la mencionada unidad, quienes observaron que el uso de la música en estos niños, en etapa pre-escolar y escolar, había logrado disminuir las náuseas y vómitos. (22)

Desde ese momento, hicieron un seguimiento a 10 pequeños con tumores sólidos porque en estos casos las dosis de quimioterapia son mayores y aumentan los efectos. Para ello organizaron dos equipos: en el primero hicieron el control utilizando sólo quimioterapia y en el otro utilizaron los mismos componentes pero agregando la musicoterapia. Los resultados fueron sorprendentes y alentadores.

Existen otras numerosas investigaciones sobre Musicoterapia en el tratamiento de problemas neurológicos como Alzheimer, Parkinson, y traumatismo de cráneo. Algunas publicaciones recientes sobre los efectos que tiene la estimulación rítmica en enfermos con traumatismo de cráneo describe los efectos terapéuticos de una de las cualidades más importantes y utilizadas en la musicoterapia, el ritmo. Los artículos menciona como el uso

controlado del ritmo ayuda a pacientes con traumatismo de cráneo y trastornos persistentes de la marcha, a controlar y mejorar su ritmo natural de caminar. El propósito de estos estudios fue examinar el uso de la estimulación rítmica auditoria (ERA) en la mejoría de la marcha de pacientes con traumatismo de cráneo, quienes ya no presentan progreso con la terapia de rehabilitación física convencional. Un importante factor para poder tener movimientos coordinados es tener primero un buen sentido rítmico. La facilitación de estímulos rítmicos para ayudar a la regularidad del tiempo en movimientos de la marcha, puede ayudar a desarrollar velocidad, cadencia y simetría, como ya ha sido demostrado en trastornos de la marcha en pacientes con enfermedad cerebro vascular (Thaut, Rice 1997) y con Parkinson (Thaut 1993). Resultados de investigaciones en pacientes con TEC han demostrado que pueden sincronizar su patrón del caminar con el uso de la estimulación rítmica auditiva. Los incrementos a través del tiempo se ven en velocidad, cadencia y longitud del paso, aun cuando el paciente no está teniendo progreso en la terapia física tradicional. Los resultados de este estudio son especialmente importantes ya que fueron logrados por pacientes que estaban pasados de la fase inicial de los tres meses de recuperación neurológica espontánea, donde ocurren los beneficios más significativos de la terapia física. (14)

Extensas investigaciones sobre musicoterapia están siendo realizadas en mujeres embarazadas, niños con autismo, adolescentes con problemas de conducta, adultos y enfermos terminales. Diferentes técnicas se aplican dependiendo del paciente y del tipo de música utilizada. Cada paciente es diferente y ha sido afectado por la música de diferentes maneras a lo largo de su vida. Lo que puede parecer entretenido, bueno o a gusto a una persona, a otra puede generarle malos recuerdos, asociaciones negativas, etc. Por este motivo, un extenso estudio sobre las capacidades musicales del paciente, su historia clínica, y sus gustos musicales se realizan antes de cualquier aplicación de la musicoterapia. (36)

Varios estudios se han centrado en la lucha contra la ansiedad o estrés, entre ellas debe mencionarse la de Jaques Jost (Guilhot, Jost y Lecourt, 1984), quien utiliza distintas sesiones estructuradas para variar los estados anímicos buscando siempre el mayor estado de relajación final, y actualmente las acompaña también de sesiones con masajes (Jost, 1990); la relajación musical del sistema Lato, desarrollado por Lorenzo Amaro (1993), como sedación inicial antes de una primera sesión terapéutica (Fulz, 1995). Hay otras investigaciones que demuestran su poder relajatorio en un nivel psicofisiológico (Granone, 1971; Rey, 1981; Logan y Roberts, 1984 ; Ianni, 1985; Fernández, Diaz, Cadiz y Fajardo, 1992) y su profundización electroencefalográfica (Fried, 1990; Fernández, 1993). Como paliativo de este

mismo síntoma, se le ha acompañado también de otros tratamientos como la preparación psicoprofiláctica del parto (Loroño y del Campo, 1978; Hanser, 1993; Pierini, 1993; Videsott, 1993; Laccetti, 1993); para eliminar la ansiedad presente en el tratamiento odontológico y dental en general (Loroño y Del Campo, 1978; Alvin, 1984; Jost, 1990; Bustillo, Guedes-Pinto y Sagretti, 1992; Standley, 1993); en la hemodiálisis en enfermos con insuficiencia renal crónica a los que les resulta imposible ingerir psicofármacos (Verdes y Fernández, 1992), y en la aplicación de técnicas de electrosueño, electroacupuntura en el Departamento Médico de la Escuela Internacional de Cine y televisión en San Antonio de los Baños, Cuba. Para reducir la tensión excesiva producida por ciertas enfermedades complejas atendidas en el régimen hospitalario, se han utilizado también técnicas musicoterapéuticas activas tanto en niños (Shulman, 1963) como en adultos (O'Driscoll, 1969).

(36)

Sobre los efectos sobre la depresión, autores como Fulz (1995), McDonnell (1979), Reinhart y Lange (1982) y Reinhart y Ficker (1983), Ianni (1985), Reinhardt, Rohrborn y Schawbe (1986); Parker-Eames (1993) y Smeijsters, Wijzenbeek y Nieuwenhuijzen (1993) estos últimos buscando una conexión entre fragmentos específicos de música y valores concretos, en este tipo de pacientes se refieren a aplicaciones exitosas de selecciones musicales concebidas para calmar la depresión según determinadas características: de muy deprimentes hasta alegres y/o sedantes en casi todos los casos. En Cuba

se cuenta también con experiencias de ese tipo en el Profilactorio Obrero del Ministerio de la Industria Básica, la Escuela Internacional de Cine y televisión y en las consultas individuales desarrolladas experimentalmente en el Laboratorio Psicosocial del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales de la Academia de Ciencias. (38)

Desde el punto de vista activo, Pavlicevic y Trevarthen (1989) también han desarrollado otras técnicas musicoterapéuticas estimulando la comunicación y la expresión emocional.

Muchas veces aparejado a los dos síntomas anteriores: ansiedad o depresión, el mal dormir, cuando se hace crónico, se convierte en más que una molestia para el individuo debido a la necesidad no sólo psíquica sino física, la recuperación de las energías perdidas-- que el reposo nocturno representa. De ahí que las técnicas musicoterapéuticas de tipo pasivo también hayan comprendido el uso de selecciones musicales con un contenido relajante seleccionado especialmente o confeccionado para tal fin.

Thayer (1968), Willems (1975), Grebe (1977), Loroño y Del Campo (1978), Bence y Mereaux (1988), Astudillo, Aguirre y Astudillo (1989) y Fernández y cols. (1992) se cuentan entre los que comentan los resultados exitosos de la aplicación de fragmentos melódicos de ritmo muy lento o casi imperceptible, de espacios de repetición y uso preferente de las cuerdas y de algunos elementos naturales en sujetos insomnes, sin que haya que recurrirse a la terapia psicofarmacológica durante este proceso. (14)

Ahora pasando al punto específico relacionado a la depresión de acuerdo a investigaciones clínicas realizadas se postulo a la Depresión como el resultado de muchas causas y factores en el que adquieren carácter relevante los factores biológicos y psicosociales donde los factores psicosociales son determinantes en la adquisición y desarrollo de la depresión, donde la mayor incidencia se observa en mujeres. (1)

Según un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General “Arzobispo Loayza” (HAL). Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas. Se determinó las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia de episodio depresivo mayor en la población de estudio. Se concluyó que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general de nuestro país suele ser de sexo femenino, joven soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana. (22)

A escala mundial, desde 1970 varios investigadores han analizado el tema en el área de la nefrología desde diferentes perspectivas. Al comienzo, los estudios se centraban en la selección de pacientes evaluando posibilidad de adaptación, psicopatología y riesgo suicida. Evans en 1990 revisa las características de los estudios de calidad de vida en insuficiencia renal

crónica dividiéndola en tres periodos o eras: la primera (1966-1972), centraliza el estudio en las características psicológicas del paciente (morbilidad psiquiátrica) como uno de los criterios de selección para el ingreso al tratamiento; la escasez de recursos existente en ese período obligó a la selección de pacientes. La segunda etapa (1973-1980) coincide con el período de consolidación del método hemodialítico y plantea el estudio de la adaptación psicosocial del paciente al tratamiento y la aptitud para el trabajo, y la tercera (1981 en adelante) se vincula a una ampliación del concepto de rehabilitación introduciendo la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, aproximándolo a la definición de salud de la OMS. En los últimos años aparecen distintos trabajos comparando la calidad de vida en las diversas formas de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal. Los estudios posteriores han tendido a examinar la calidad de vida, relacionada a la salud, como una variable de resultado del tratamiento. (17)

El concepto de la misma ha ido variando desde las definiciones unidimensionales, que sólo tomaban en cuenta el bienestar físico (Karnofsky) o la rehabilitación en términos de productividad social, hasta la actualidad en que existe un consenso generalizado sobre la evaluación de la calidad de vida que implica considerar la compleja interacción de múltiples dimensiones en las áreas física, psíquica y social. (18)

La supervivencia es mayor en los pacientes con mejor calidad de vida y menor morbilidad. McClellan y cols., en 294 pacientes en diálisis, observaron que los que presentaban peor estado funcional y calidad de vida tenían mayor mortalidad precoz, resultados similares refiere Ifudu en un grupo de 521 pacientes seguidos durante tres años . en los pacientes de edad esto tiene todavía mayor relevancia. En los trabajos de los grupos de Westlie y Kuyner para enfermos mayores de 60 años, los factores psicosociales y funcionales fueron los mas importantes como predictivos de supervivencia. (19)

La depresión y la ansiedad son las manifestaciones psicopatológicas mas frecuentes entre los pacientes renales. Sin embargo, la prevalencia y gravedad del trastorno depresivo no es fácil de establecer. Hay autores que consideran que pocos pacientes con IRC tienen depresión, mientras que otros hablan de un 50% con este diagnostico. Estos últimos explican la elevada prevalencia por la inestabilidad de las condiciones físicas, la presencia constante de síntomas y el sometimiento a una situación estresante como es el tratamiento sustitutivo de la función renal. (17)

Parker concluyo que las personas en hemodiálisis con mas complicaciones (exceso de peso, calambres, catarros, dolor de garganta, dolor de oído, etc.) son las que tienen mayores niveles de ansiedad y por consiguiente depresión. En esta misma línea, West indico que las mayores puntuaciones

en ansiedad las manifestaban los pacientes en hemodiálisis que habían disminuido su capacidad funcional por complicaciones físicas. (18)

Al hacer una comparación entre sexos, Miñarro, Simón y Castaño no encontraron diferencias entre las mujeres que estaban en diálisis y las trasplantadas, mientras que sí había diferencias estadísticamente significativas entre los hombres, siendo mayor la ansiedad en el grupo de varones en diálisis. Las diferencias entre hombres y mujeres las describió Livesley, siendo las mujeres las que tenían mas ansiedad que los hombres, tal como parece suceder en la población general. (19)

En cuanto a la variable edad, la ansiedad es mayor en los pacientes mas jóvenes, aproximadamente entre los 25 y 45 años, lo cual ha sido explicado porque existe mayor cantidad de responsabilidades en este intervalo de edad. Además, los niveles de ansiedad parecen ser mayores cuando la persona está casada, tiene hijos y desarrolla una actividad laboral. (21)

Entre las condiciones que disminuyen o rebajan la ansiedad, parece que el apoyo social tiene un papel importante. Aunque los datos anteriores apoyan la idea de que las personas con IRC sufren un grado de ansiedad elevado, algunos estudios cuestionan este extremo. En concreto, West, al comparar estos pacientes con sujetos procedentes de la población general y con grupos de pacientes atendidos en la práctica médica habitual, respectivamente no encontró diferencias estadísticamente significativas en ansiedad. Se considera de interés el estudio de esta realidad ya que es posible que la

observación especial que se realiza sobre los pacientes renales esté sobrevalorando la ansiedad cuando ésta es una respuesta patológica muy frecuente en la población general.

Al comparar los índices de depresión en la población general con los de los enfermos renales, se ha encontrado que es mas frecuente en estos últimos, aunque no alcanzan a los de los pacientes psiquiátricos, y son similares a los de otros enfermos crónicos. (20)

En el ámbito latinoamericano los trabajos iniciales intentaron evaluar rehabilitación considerando sobre todo la situación laboral. Posteriormente se incorporaron otros aspectos para valorar de manera más amplia la calidad de vida en hemodiálisis, tomando en cuenta la percepción del paciente. Algunos trabajos compararon la percepción del bienestar físico, psíquico y social de los pacientes en relación con la evaluación del equipo asistencial. No obstante, dichos trabajos, pioneros en la disciplina, no se realizaron con instrumentos estandarizados replicables por otros grupos de investigadores.(21)

En el año 2004 fue realizado un trabajo descriptivo sobre la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en la unidad de hemodiálisis del hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna - Calana evaluando a cerca de 80 pacientes, encontrándose niveles elevados de depresión y de ansiedad en mas del 60% de los pacientes.

### **3.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **A) MUSICOTERAPIA**

**Definición:** Esta es una terapia que consiste en el uso de instrumentos, elementos musicales y audiciones de música en general. Es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir la restauración, mantenimiento y acrecentamiento de la salud tanto física como mental del paciente incluyendo el aspecto emocional y social del paciente.

(14)

La música tiene la capacidad de mover al ser humano tanto en el ámbito físico como en psíquico. En Musicoterapia este poder de la música se utiliza en la consecución de objetivos terapéuticos, manteniendo, mejorando y restaurando el funcionamiento físico, cognitivo, emocional y social de las personas. (3)

La música es tan antigua como el ser humano y comprende un conjunto de estímulos acústicos que proceden de diversos instrumentos que son capaces de activar mecanismos neuronales profundos del sistema nervioso central, con lo que pueden modificar comportamientos y aliviar o curar algunos trastornos, incluso cuando es ofrecida bajo umbrales subliminales. No sólo modifica nuestro estado de ánimo sino que produce una influencia muy

positiva en el desarrollo de nuestra inteligencia y salud al estimular más de una función cerebral a la vez. (6)

Tomando la definición de la Federación Mundial de Musicoterapia, “Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. La Musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que él / ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento. (36) (14)

Para hacer ésta definición más comprensible: Decimos que la Musicoterapia es un proceso sistemático. Tiene intencionalidad, organización y regularidad. No es una serie al boleo, experiencias sin planear que demuestran ser de ayuda o beneficiosas para una persona. El terapeuta establece objetivos, sigue un curso de acción basado en estos objetivos y funciona de acuerdo a un programa planeado de sesiones. Desde un punto de vista de procedimiento, la terapia consiste en tres fases: valoración, tratamiento y evaluación. La valoración es el proceso por el cual el terapeuta estudia al paciente y su condición, formula objetivos y

desarrolla un plan de tratamiento. Tratamiento es el proceso por el cual el terapeuta emplea métodos varios y técnicas de intervención para inducir al paciente al cambio. Evaluación es el proceso por el cual el terapeuta determina si el paciente o condición del mismo ha cambiado en realidad como resultado del tratamiento.(6)

La musicoterapia es un proceso. Es una secuencia de sucesos que tienen lugar en el tiempo para el paciente y el terapeuta, y en las áreas musicales y no musicales. No es una intervención terapéutica aislada o una única experiencia musical que lleva a una espontánea cura repentina. Para el paciente, la terapia es un proceso de cambio gradual que conduce a un estado deseado. Para el terapeuta, es una secuencia sistemática de intervenciones que lleven a cambios específicos en el paciente.(3)

La musicoterapia es un proceso sistemático que implica la intervención de un terapeuta en la relación con personas que indican necesidad de ayuda física, psicosocial o espiritual, o con aquellos que aspiran a experimentar una mayor autoconciencia y un aumento de la satisfacción por vivir. Para que se dé la terapia, el terapeuta debe actuar de alguna manera sobre el paciente para que se produzca un efecto o cambio de algún tipo. Así, las manipulaciones no dirigidas o desorganizadas no se consideran intervenciones terapéuticas. La terapia musical es apropiada para pacientes y para sus seres queridos que desean explorar diversas clases de

experiencias musicales que les pueden ayudar a enfrentarse con la enfermedad. (6)

Sería difícil ponernos de acuerdo en una definición exacta para la musicoterapia. Encontramos que sería difícil definirla debido a tres aspectos:

- Transdisciplinariedad de la musicoterapia:

Hay numerosas disciplinas relacionadas con la música como son: Psicología de la música, Acústica y Psicoacústica; Composición y actuación musical; Teoría de la Música, etc. Algunas de las disciplinas relacionadas con la terapia son: Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia, Educación Especial, etc.

- Combinación de disciplinas:

Como fusión de música y terapia, la Musicoterapia es a la vez un arte, una ciencia y un proceso interpersonal. Como arte, tiene que ver con la subjetividad, la individualidad, la creatividad y la belleza. Como ciencia, tiene que ver con la objetividad, colectividad, replicabilidad y verdad. Como un proceso interpersonal, tiene que ver con la empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca y relaciones de roles. Al ser un arte y una ciencia que se practica dentro de un proceso interpersonal requiere de la integración de muchos elementos aparentemente contradictorios. La Musicoterapia puede ser objetiva y subjetiva, individual y colectiva, interpersonal e intrapersonal. Como arte, la Musicoterapia se organiza por la

ciencia y focalizada por un proceso interpersonal. Como ciencia se enriquece por el arte y humanizado por la relación terapeuta-cliente. Como un proceso interpersonal, lo facilita el arte y lo guía la ciencia. (14)

Estas son algunas de las definiciones que tratarían de acercarnos más a saber de que se trata exactamente la musicoterapia:

- “Un proceso de intervención sistemática, en la cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio...” (1)
- “La Musicoterapia es la aproximación sensorial sonora con intención terapéutica a cierto número de dificultades psicológicas y patológicas mentales...” (2)
- “...Musicoterapia como recurso musical terapéutico no tradicional, se integra a las disciplinas que se ocupan de la prevención, tratamiento y rehabilitación de diversas discapacidades, así como de las consideradas dentro del campo de la salud mental...” (3)
- “Es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva, a fin de poder ayudar a incrementar y restablecer la

---

<sup>1</sup> REFERENCIA: Brusca, K. “Definiendo Musicoterapia”: Barcelona Publisher, 1998

<sup>2</sup> Edith Lecourt (musicoterapeuta)

<sup>3</sup> Gabriela Wagner (musicoterapeuta)

salud mental y física del ser humano, mediante la acción del profesional musicoterapeuta...” (4)

- “Es la utilización de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o un grupo de pacientes, en un proceso para facilitar y promover la comunicación, la relajación, el aprendizaje, la motricidad, la expresión, la organización y otros relevantes objetivos terapéuticos con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas...” (5)

- “Es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por el musicoterapeuta en un ámbito terapéutico para provocar cambios en el comportamiento...” (6)

Podríamos también definir la musicoterapia partiendo de la base de las palabras que la componen:

- Terapia: Tratamiento o curación.
- Música: Arte de combinar los sonidos.

Con estas definiciones, podríamos decir que la musicoterapia es el tratamiento o curación gracias a la combinación de los sonidos.

---

<sup>4</sup> Asociación catalana de Musicoteràpia (ACMT)

<sup>5</sup> World Federation of Music Therapy (WFMT)

## **COMO SE REALIZA LA MUSICOTERAPIA**

El musicoterapeuta utiliza recursos específicos: silencio, ruido, sonido, música y todas las formas rítmicas y acústicas vivenciadas o expresadas a través del cuerpo, la voz, los instrumentos musicales, los objetos y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, edición y comunicación. La utilización del lenguaje sonoro-musical, permite trabajar el nivel no conceptual de la comunicación, el nivel emocional, resultando los instrumentos musicales, la voz y la música editada objetos intermediarios que favorecen y facilitan la expresión de sentimientos y emociones y la exploración y desarrollo de las relaciones en una situación agradable, placentera que no desata estados de alarma en la persona.

**Tipos de intervención:** Los musicoterapeutas tienen a su disposición diez tipos principales de intervención. Una intervención se puede enfocar en aspectos físicos, emocionales, mentales, conductuales, sociales o espirituales de la experiencia del paciente. Puede utilizar cualquiera de todos los elementos de la música como agente de inducción así como cualquier aspecto del terapeuta mismo. (14)

Los tipos de intervención son:

- **Empatía:** donde la experiencia del paciente va, engancha o resuena con la música o al experimentar, sincroniza o se refleja con el terapeuta.

- Reajuste: intervención que aspira a llenar las necesidades físicas, mentales, conductuales, sociales o espirituales, bien a través de la música o por medio de interacciones verbales o no verbales con otros.
- Conexión: intervención en donde la música o el terapeuta aporta una oportunidad para que el paciente asocie o relacione experiencias variadas en su mundo interno y externo. Esto podría implicar el hacer conexiones entre sensaciones corporales, sentimientos, emociones, imágenes, recuerdos, pensamientos, actitudes, creencias, comportamientos, gente, sucesos, entornos, situaciones, etc.
- Expresión: intervención donde la música o el terapeuta le da la oportunidad al paciente de compartir o intercambiar ideas o sentimientos con otra persona. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales o no musicales.
- Interacción: intervención donde la música o el terapeuta aporta al paciente la oportunidad de actuar sobre el entorno de manera recíproca. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales o no musicales.
- Exploración: intervención donde la música o el terapeuta aporte una oportunidad para que el paciente investigue problemas, descubra recursos, evalúe alternativas o elija soluciones. Esto puede involucrar tareas, actividades o experiencias musicales, no musicales, verbales o no verbales.
- Influencia: intervención donde la música o el terapeuta afecta al paciente directamente o induce a cualquier tipo de cambio en el estado del paciente.

Los ejemplos incluyen cualquier intervención musical o personal que estimule, calme, dirija, guíe, sugiera, manipule, persuada, estructure o refuerce respuestas específicas del paciente.

- **Motivación:** intervención en donde la música o el terapeuta incrementa la probabilidad de que el paciente se enganche o participe en el proceso terapéutico.

- **Validación:** intervención en donde la música o el terapeuta apoya, alaba, acepta o anima al paciente.

#### **CUALIDADES DE LA MÚSICA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA**

(14)

- Es un modo de expresión universal.
- Tiene el poder de penetrar la mente y el cuerpo en toda condición.
- Estimula los sentidos, evoca sentimientos y emociones así como facilita respuestas fisiológicas y mentales.
- Su estructura y naturaleza intrínseca tiene la capacidad de autoorganizarnos interiormente y de organizar el grupo.
- Energiza el cuerpo y la mente.
- Es una modalidad flexible, estética y adaptable a diferentes casos y circunstancias.

La musicoterapia tiene efecto directo a nivel psicológico en personas que de otro modo son “inalcanzables”

- Ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación terapeuta/paciente.

- Facilita la expresión en personas que no son verbales o con dificultades comunicativas.
- Aumenta la consciencia de uno mismo, de los demás y del entorno.
- Da la oportunidad de que personas con dificultades tengan experiencias sociales placenteras, positivas y gratificantes.

En musicoterapia la atención está puesta en la relación que se establece entre musicoterapeuta y paciente, relación mediatizada por los objetos intermediarios. La producción sonora musical resultado de dicha relación será el objeto de las diferentes intervenciones que marcarán el desarrollo del proceso musicoterapéutico. Las pautas, la falta de creatividad, el estancamiento, la presencia o persistencia de estereotipos, etc., indicarán el momento de introducir cambios.(3)

### **OBJETIVOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD TERMINAL**

Objetivos generales: (14)

- Abrir canales de comunicación
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Ayudar a aliviar los síntomas biológicos, psicológicos y sociales molestos.
- Fortalecer la autoestima.
- Facilitar la aceptación de la muerte como un fenómeno normal de la vida.

Objetivos específicos:

- Aliviar los temores y las ansiedades.

- Fortalecer la conciencia de identidad y de autoestima.
- Disminuir la sensación de aislamiento.
- Facilitar la expresión emocional a través de la comunicación no-verbal.
- Posibilitar el acceso a los recuerdos para facilitar los procesos de reflexión de la propia vida.
- Favorecer sistemas de comunicación familiar abiertos y eficaces que faciliten la expresión de los sentimientos.

## **FASES DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA MUSICOTERAPIA (14)**

### **– Recopilación de datos sobre el paciente:**

Antes de organizar un plan de tratamiento y concretar unos objetivos, necesitamos contar con datos que nos aporten información acerca del sujeto enfermo que hablen de su diagnóstico y pronóstico, características de la enfermedad que está viviendo, medicamentos que le suministran, etc., Por otro lado el musicoterapeuta deberá recopilar información en cuanto a lo que se refiere a las etapas que el individuo ha atravesado y está atravesando en el proceso de adaptación a la nueva situación. Se interesará también por la dinámica y roles familiares en el que está inserto, cuidadores y auxiliares que participan en su cuidado, tratamientos que recibe, situación económica en la que se encuentra la familia, y demás datos que nos permitan tener un conocimiento completo

del individuo considerándolo en su individualidad y subjetividad una unidad bio-psico-social al que intentamos ayudar para facilitarle una mejor calidad de vida.

**– Ficha musicoterapéutica:**

Es el interrogatorio del sujeto y/o los familiares acerca de la historia sonora musical del sujeto a tratar. La musicoterapia considera que todo ser humano está inmerso en una realidad sonora, que los sonidos nos acompañan incluso antes del nacimiento, por lo que tenemos una historia sonoro-musical. Formamos parte de una cultura que se expresa musicalmente. Sonidos, ruidos, melodías, ritmos, canciones que han sido y son significativas para nosotros y que nos han generado y nos generan afectos y emociones. Podemos afirmar que tenemos una identidad sonora, que es la suma de nuestras experiencias sonoro-musicales que continuamente se actualizan. (14) (3)

- ISO universal: Sonidos que caracterizan a todos los seres humanos independientemente de su cultura y contexto social (aires, fuego, agua...).
- ISO gestáltico: Vivencias intrauterinas. A medida que el embrión evoluciona los fenómenos se intensifican y se suman sonidos del exterior siempre mediatizados por el líquido amniótico que actúa como filtro (sonidos intrauterinos de líquido, latidos del corazón, sonidos provenientes del exterior, la voz de la madre...).

- ISO cultural: estímulos percibidos provenientes del medio social circundante. Ingresan de manera estructurada y compleja. Representado por el folklore, entorno sonoro...La ficha musicoterapéutica o ficha sonoro-musical nos introduce en el universo sonoro-musical del sujeto, su experiencia sonoro musical y nos orienta en la elección de objetos intermediarios que utilizaremos (instrumentos musicales, música grabada...) y en la definición de un encuadre sonoro-musical apropiado.

Para Callahan, los efectos adversos son raros en la musicoterapia al tener los participantes una sensación de control sobre la música que se utiliza en las sesiones. Las personas tratan de escoger una música que les evoque memorias y respuestas afectivas que deseen experimentar (conciente o inconcientemente) y son a menudo capaces de cambiar las evocaciones producidas a través de la simple elección de otra pieza musical.(6)

### **METODOLOGÍA EN MUSICOTERAPIA**

Existen dos métodos generales básicos que son los pasivos o receptivos y los activos o creativos. A grandes rasgos, la denominación de activo o pasivo responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente, por ejemplo, la acción “externa”, visible, de tocar un instrumento, de bailar, de cantar... o la acción “interna” de escuchar, de imaginar, de sentir...

Cuando la experiencia es activa, la terapia tiene lugar dentro y a través de los esfuerzos del paciente para actuar, improvisar o crear música, bien sea

solo o con otros. Aquí, la experiencia activa, bien provee directamente beneficios terapéuticos como estímulo principal de cambio, o lleva un proceso de respuesta, o desencadena un proceso terapéutico de cambio.(3)

Cuando la experiencia es receptiva, la terapia tiene lugar como resultado de la escucha del paciente, entrando en ella, o recibiendo la música misma. Las experiencias receptivas pueden influir la escucha de música en vivo o música grabada, que puede ser improvisada o pre-compuesta por el paciente, terapeuta y otros. La música actúa directamente en el paciente, bien aportando estímulo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando un proceso terapéutico para que se dé un cambio. El proceso de cambio terapéutico puede tener lugar durante o después de la experiencia de la escucha, y puede implicar respuestas musicales o no musicales. (14)

En enfermedades terminales, la llamada musicoterapia activa estaría dirigida a aquellos pacientes que aún tienen posibilidades de movilidad, de participación en la actividad musical. La musicoterapia pasiva o receptiva estaría indicada para aquellos pacientes que, no pudiendo participar de la actividad musical en forma activa puedan tener beneficios a partir de la recepción musical. Es también posible encontrar pacientes a los que ofreceremos la combinación tanto de la musicoterapia activa, como de la pasiva. Para ambas será esencial tener en consideración tanto la recopilación de datos sobre el paciente como la ficha musicoterapéutica, la cual se podrá completar por la información que el paciente nos aporte, o en

la imposibilidad de que el paciente nos pueda comunicar estos datos, el informador podrá ser algún miembro de la familia o cuidador. (6)

– **Sesión de musicoterapia:** Es la parte terapéutica propiamente dicha del tratamiento. Está constituida por distintas etapas:

I- Caldeamiento. Es la etapa en la que el paciente se ubica en el contexto determinado para ser llevada a cabo la actividad.

Es el momento de exploración del espacio, de los instrumentos musicales y demás materiales y recursos que utilizaremos para llevar a cabo el desarrollo de la sesión. También es el momento de saludo y de repaso de lo sucedido entre la sesión anterior y la actual.

II- Desarrollo de la sesión siguiendo la técnica musicoterapéutica elegida para ese momento y paciente. En esta etapa se llevan a cabo las actividades organizadas por el terapeuta en base a los objetivos planteados y a los datos recopilados sobre el paciente.

III- Puesta en palabra con el paciente de lo ocurrido en sesión.

En esta última se pasará a hacer un cierre de la sesión, bien sea por medios no verbales como verbales. Muchas veces existe por parte del paciente la necesidad de verbalizar, de poner en palabras la vivencia experimentada a lo largo de la sesión.

Las sesiones tienen una duración aproximada de una hora.

En los pacientes oncológicos sometidos a Radioterapia se inician las técnicas de musicoterapia pasivas o receptivas de grupo para reforzar la

autoestima tras un varapalo sufrido por el cambio de la imagen corporal que conlleva su enfermedad. A través de la música se crea un lazo emocional profundo con el terapeuta. La buena música nos hace olvidar que estamos enfermos. (6)

– Los instrumentos musicales: De cuantos más instrumentos musicales disponga el musicoterapeuta dependerá la oferta que le pueda hacer al paciente para que éste encuentre el que mejor se adecue a sus posibilidades comunicativas. El instrumental básico de musicoterapia está compuesto por:

- \* Instrumentos de percusión de membrana: bombo, bongos, pandereta o pandero, caja o tambor, platillos, baquetas correspondientes.

- \* Instrumentos de percusión de láminas (melódicos): xilófonos, metalófonos, cortina o windehirnes, baquetas correspondientes.

- \* Pequeña percusión: maracas, triángulo, claves, campanas, caja china, cabasa.

- \* Instrumentos de viento: flauta dulce, flauta de émbolo.

- \* Instrumentos armónicos: guitarra clásica y piano (o teclado)

Concluyendo el músico terapeuta provee una amplia variedad de experiencias musicales creativas y receptoras que ayudan frecuentemente a los pacientes con enfermedades degenerativas y terminales y a los que están en su entorno. Los componentes sónicos de la música pueden aliviar el sufrimiento físico, refuerzan los sentimientos de la memoria de una vida que ha sido y que es y que inspiran experiencias transcendentales. Addis

propone que la música tiene tal “poder” en la vida humana debido a que representa un nivel de conciencia del que no somos conscientes. Quizás ello explique como la música puede ser una notable ayuda en el último viaje hacia un lugar donde la conciencia propia desaparece. (14)

Por medio de la música se crea un nexo de comunicación entre médico y paciente, lo que permite lograr mejorías en los distintos trastornos. En este proceso se recurre a distintas técnicas, según cada persona y su tipo de problema. (14) (3)

Otro ejemplo de la aplicación de musicoterapia se puede mostrar en el caso de los adultos mayores, donde la música se utiliza con diferentes objetivos. Generalmente los tratamientos con música se enfocan en: estimulación sensorial, orientación a la realidad, remotivación y reminiscencias.(6)

En la estimulación sensorial, el musicoterapeuta realiza actividades musicales para que el paciente redescubra el contacto con el medio ambiente que lo rodea. Este contacto puede ser redescubierto a través de actividades musicales muy simples y pasivas que solo exijan a los paciente metas básicas como estar despierto durante la sesión, responder si o no a una pregunta cantada, pequeños movimientos de dedos, brazos, pestañadas, etc. Un ejemplo de aplicación sería cantar una canción de bienvenida y el objetivo será que cada paciente sea capaz de levantar la mano y darla a la musicoterapeuta cuando su nombre sea cantado. En orientación a la

realidad, las canciones son utilizadas para reeducar al paciente que esta desorientado o confundido con respecto a información de tiempo y espacio como día, mes, año, lugar donde se realiza la sesión. Un ejemplo de aplicación sería cantar una canción donde el paciente tenga que completar la letra de la canción con el día respectivo de la semana que se encuentra. Remotivación es una técnica que se utiliza con fines de estimular el pensamiento y la interacción verbal entre los miembros del grupo. Esta técnica es utilizada en pequeños grupos que presentan actividades cortas y muy estructuradas. La reminiscencia puede ser utilizada con el fin de incrementar socialización, desarrollar relaciones personales y fortalecer la autoestima. Un ejemplo de aplicación sería cantar canciones específicas de la época de juventud del paciente que traigan memorias positivas. Después de cantarlas, discutir las memorias y compararlas con las canciones de los otros pacientes. Estas técnicas aplicadas a los adultos mayores, también pueden ser utilizadas con diferentes edades y enfermedades.(6)

Durante la sesión de musicoterapia, la persona verbaliza sus emociones, reacciona ante el estímulo sonoro, despierta vivencias ocultas en su subconsciente, se expresa a través de dibujos o palabras. También suele comentar lo que piensa y siente, estableciendo un vínculo con el terapeuta, que le permite ir resolviendo su problema. (14)

La terapia, que se efectúa en una sala insonorizada, consiste en sesiones semanales o diarias, particulares o grupales, en un proceso que dura un mínimo de seis meses.(14)

Después se establece la idea bajo la cual se trabajará, se elige el material que se usará en la actividad y se inicia la sesión, durante la cual el paciente interpretará o escuchará distintas músicas.

El musicoterapeuta emplea todo tipo de música, considerando como tal a todos los sonidos, ruidos, silencios, gestos o movimientos, que provengan de grabaciones, produzca el propio cuerpo o generen instrumentos musicales.

Se trabaja sobre todo con música clásica, aunque no se excluye ningún tipo de melodía como la new age, el pop o el rock. (6) (35)

El musicoterapeuta debe proporcionar un ambiente de confianza y creatividad. De acuerdo con los expertos es importante establecer lazos de confianza ya que hace más efectiva la terapia. (3)

Esto se ve relacionado con la revisión del enfoque humanista que se realizó ya que dentro de éste se presta mayor atención al hecho de crear un ambiente propicio donde la persona pueda expresar sus emociones con total confianza.

Hay etapas por las cuales ha pasado esta terapia. En la primera se le da gran importancia al afecto que ejerce la música sobre el paciente, en la segunda se cuida la relación individual con el paciente dejando de lado la

música y en la tercera etapa se adopta una posición intermedia entre estos dos extremos. Por esta razón el terapeuta busca centralizar la relación con el paciente.(14)

Las sesiones de Musicoterapia pueden incluir: el escribir canciones, discusiones alrededor de la lírica, escuchar música, improvisación vocal y musical y efectuar movimientos rítmicos. (6)

Finalmente es importante resaltar que las sesiones de Musicoterapia son creadas con base en las necesidades individuales o de grupos homogéneos.

También cabe anotar que primero se debe planificar un tratamiento el cual incluye objetivos a corto plazo y metas a largo plazo.

Por último es necesario incluir la evaluación y la efectividad del tratamiento.

La musicoterapia se puede aplicar de dos formas:

- Activa: Cantar, música y movimiento, tocar instrumentos, y audición.
- Receptiva : Métodos de relajación e imaginación guiada (estudiar el mundo interior del paciente)

Encontramos también, que existen dos tipos de terapia:

- Terapia verbal (psicoanálisis): se habla con el paciente. Al hablar, se trabaja en áreas de nuestra personalidad. El lenguaje funciona de forma consciente, contamos lo que queremos o no.

- Terapias no verbales: se incluye el no-lenguaje. Se van a tratar muchas tareas a través del gesto y el sonido. Ponerles en situación donde se puedan manipular y manifestar. Se trabaja ante toda la expresión. Los gestos y sonidos que hacemos y como lo hacemos, manifiesta nuestra personalidad, de forma más cercana real y sincera.

Ambas terapias se complementan.

#### **AREAS DE TRATAMIENTO (14)**

- Habilidades Motrices: A través de las actividades musicales se trabaja la coordinación y el equilibrio, la movilidad y el desarrollo de las actividades motrices funcionales. A la vez, se puede lograr la mejora de la coordinación motora, la amplitud de movimiento, el tono muscular y la respiración.
- Habilidades Sensoriales: Mediante técnicas musicales dirigidas se aumenta la capacidad de recibir y diferenciar estímulos sensoriales. Posteriormente, se logra una organización e interpretación de los mismos y la producción de la respuesta deseada.
- Habilidades Cognitivas: Con la música como elemento motivador se estimulan las funciones superiores: la atención, la memoria, el nivel de alerta, la orientación, el reconocimiento, el aprendizaje y la imaginación.
- Habilidades Socio-Emocionales: Las técnicas musicales receptivas y activas facilitan la expresión y el compartir de emociones y sentimientos a la vez que promueven la interacción y las habilidades sociales. Por otro

lado, el uso terapéutico de la música fomenta el auto-conocimiento de la persona, permitiendo un aumento de su autoestima y una reducción de los sentimientos depresivos, de ansiedad y de estrés.

### **EL USO DE DIFERENTES NOTAS Y SUS EFECTOS (14)**

La música se emplea bajo tres parámetros:

- Cadencia o ritmo.
- Intensidad o volumen.
- Frecuencia o posición en el pentagrama.
- Las notas altas, agudas, actúan preferentemente sobre las contracturas musculares, se propagan rápidamente en el espacio aunque en distancias cortas, actúan fuertemente sobre el sistema nervioso, constituyen una señal de alerta y aumenta los reflejos, al mismo tiempo que nos ayudan a despertarnos o sacarnos de un estado de cansancio o sopor. Como factor negativo tenemos el hecho de que el oído es especialmente sensible a ellas y si son muy intensas y prolongadas lo pueden dañar, lo mismo que su efecto sobre el sistema nervioso puede provocar cierto descontrol y alteraciones en los impulsos nerviosos que se vuelven incontrolados. (14)
- Las notas bajas, graves, no parece que tengan influencia sobre las terminaciones nerviosas y su efecto es más mecánico, por lo que tienen mayor influencia sobre las zonas corporales huecas, como los pulmones, corazón y abdomen, quizá porque son lugares idóneos para las resonancias.

Las notas graves se perciben mal en distancias cortas, por lo que su efecto inmediato es difícil de medir, aunque son capaces de ser audibles en muchos kms. a la redonda. Su efecto mecánico es tan poderoso que puede resquebrajar muros, carreteras, terrenos, y actuar con un efecto vibratorio muy intenso en cualquier cuerpo sólido. Terapéuticamente tienden a producir efectos sombríos, visión pesimista del futuro y tranquilidad extrema

La cadencia de las notas musicales, graves o agudas, es el segundo factor en importancia y así tenemos que, mientras que los ritmos lentos inducen a la paz, los rápidos ayudan al movimiento y a exteriorizar los sentimientos.

El tercer y último elemento musical es la intensidad, la cual indudablemente ha ocupado en nuestro siglo una preponderancia quizá aún mayor que las otras dos, a causa de los potentes equipos de sonido. Cualquiera de los otros dos efectos, cadencia o frecuencia, produce efectos mucho menores que la intensidad del volumen, hasta el punto de que una nota o partitura que en sí es tranquilizante puede volverse irritante si el volumen es más alto que lo que esa persona puede soportar. (14)

- **Notas agudas a bajo volumen**

Son agradables de escuchar, nos invitan a despertarnos con relax, nos predisponen al trabajo y nos dan alegría. Son antidepresivas y nos proporcionan felicidad.

Ejemplos: el canto de los pájaros, de los grillos y los juegos de un niño pequeño. El violín, el clarinete, la mitad derecha del piano, el arpa y la guitarra clásica. (14)

- **Notas agudas a alto volumen**

Constituyen una llamada de alerta, una nota de atención vigorosa, nos despierta del sueño con rapidez. Puede actuar decisivamente sobre grupos enormes de gente. Como factor negativo pueden irritar seriamente el sistema nervioso auditivo, obligándolo a realizar acciones que no haríamos en un estado de tranquilidad. (14)

Ejemplos: trompetas en los ejércitos, sirenas de alarma o de paro de la jornada laboral. El grito de un niño pidiendo socorro que nos mueve a la acción, el chirriar de un coche frenando nos produce pánico.

La guitarra eléctrica, la trompeta y los platillos de la batería. La caída del rayo y el soplar del viento huracanado.

- **Notas agudas a alto volumen y muy rápidas**

Son la forma auditiva que más rápidamente influye en las personas y que más cambios corporales genera. Nos invitan al movimiento corporal, nos predisponen a mezclarnos con grupos de gente y casi nos obligan a seguir una dirección determinada. Emocionalmente mejora la apatía, la debilidad de carácter y los complejos. Tiene un efecto muy perjudicial en el oído, son irritantes del sistema nervioso hasta el punto de descontrolarnos, aumentan la agresividad y perjudican las relaciones sociales íntimas y personalizadas.

Ejemplos: la batería, la guitarra eléctrica y los solistas de música rock. La caída del agua de una gran cascada, el desbordamiento de un río o un enjambre de cigarras. (14)

- **Notas graves a bajo volumen**

Son las notas más sedantes, las que nos motivan a movernos con lentitud, con paciencia, y las que invitan a la reflexión. Pueden calmar rápidamente a grupos de personas discrepantes, provocar el sueño de un niño inquieto y producir una relajación muscular y nerviosa rápida y eficaz. (14)

Ejemplos: el silencio de la noche, el movimiento de las olas, el vibrar del campo. Las palabras serenas de un abuelo, el mugir de las vacas, la respiración durante un sueño profundo y un pequeño ventilador.

El contrabajo, el oboe y el violonchelo.

- **Notas graves a fuerte volumen**

Son notas intimidatorias, que obligan a detenerse ante la presunción del peligro. Nos producen miedo, o al menos prudencia, y nos invitan a movernos con extrema lentitud. Se emplea generalmente para infundir pánico y para obligar a la reflexión inmediata a personas muy agresivas.

Ejemplos: los timbales (muy utilizados en el ejército), el saxo y el trombón.

En la naturaleza encontramos las avalanchas de tierra y nieve, los movimientos sísmicos, el trueno, el rugir de un animal salvaje o en el estallido de un volcán en erupción. Una explosión, un tornado o un maremoto. (14)

## **SELECCIÓN DE LA MEJOR MÚSICA**

La mejor música para propósitos terapéuticos es la que contiene variaciones sobre un tema familiar ya que estamos hechos para reaccionar a los estímulos noveles siempre y cuando estos no sean demasiados. Una pieza musical que sea totalmente novedosa puede tener como resultado el que la persona que la escucha pierda la atención. Igual sucede si por el contrario la música es demasiado familiar. (14) (6)

Aquí mostramos una lista con ejemplos de obras clásicas y su virtud para según sea el objetivo:

### ➤ Insomnio:

Nocturnos de Chopin (op. 9 n.º 3; op. 15 n.º 22; op. 32 n.º 1; op. 62 n.º 1)

Preludio para la siesta de un Fauno de Debussy

Canon en Re de Pachelbel

### ➤ Hipertensión:

Las cuatro estaciones de Vivaldi

Serenata n.º 13 en Sol Mayor de Mozart

### ➤ Depresión:

Concierto para piano n.º 5 de Rachmaninov

Música acuática de Haendel

Concierto para violín de Beethoven

Sinfonía n.º 8 de Dvorak

➤ Ansiedad:

Concierto de Aranjuez de Rodrigo

Las cuatro estaciones de Vivaldi

La sinfonía Linz, k425 de Mozart

➤ Dolor de Cabeza:

Sueño de Amor de Listz

Serenata de Schubert

Himno al Sol de Rimsky-Korsakov

➤ Dolor de estómago:

Música para la Mesa de Telemann

Concierto de Arpa de Haendel

Concierto de oboe de Vivaldi

➤ Energéticas:

La suite Karalia de Sibelius

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA MUSICOTERAPIA**

**(14)**

A niños con:

➤ Dificultades en el aprendizaje

➤ Problemas de conducta

➤ Trastornos profundos en el desarrollo ( autistas)

➤ Niños con deficiencia mental

- Con dificultades en la socialización
- Con baja autoestima
- Con trastornos médicos crónicos y/o degenerativos (cáncer, cardiopatías, problemas de dolor, etc.)

A personas con:

- Enfermedades degenerativas debido a la edad (Alzheimer entre otras)
- Problemas de fármaco dependencia y abuso de sustancias
- Daño cerebral debido a enfermedades o traumatismos
- Incapacidades físicas debidos a enfermedades degenerativas o a accidentes
- Problemas de dolor agudo o crónico debido a diversas condiciones (secuelas de accidentes, cáncer, etc.).
- Personas con enfermedades terminales.

A personas que no tienen problemas de salud pero que les permite emplear la música para:

- Reducir el estrés a través de hacer y escuchar música
- Como apoyo en el proceso del parto en las mujeres
- Aumentar la creatividad y la capacidad de resolver problemas
- Para disminuir la ansiedad
- Para mejorar la autoestima
- Para manejar el estrés

## **EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA**

### **1. EFECTOS NEUROQUÍMICOS**

- **EL CEREBRO:** El cerebro humano está constituido por un ochenta por ciento de agua; el resto contiene células nerviosas o neuronas, células glía o neuroglía, vasos sanguíneos y linfáticos, meninges y material bioquímico como lípidos, albúmina e hidrocarburos (glucosa). (23)

Ocupa el dos por ciento del peso del cuerpo humano y requiere el veinte por ciento del consumo total de energía, proviene de tres fuentes principales: agua, oxígeno y glucosa. Se divide en dos hemisferios unidos por el cuerpo calloso. El hemisferio cerebral izquierdo está encargado de la información matemática, la lógica, la comprensión analítica y la memoria de los hechos, mientras que el hemisferio cerebral derecho abarca la percepción tridimensional y de los colores, el pensamiento abstracto, la memoria visual y la música. (6)

La corteza cerebral representa cerca del ochenta y tres por ciento del peso total del cerebro (que es de 1450 gramos), abarcando una superficie de 70cm<sup>2</sup> y un espesor de entre tres y cinco milímetros; contiene cerca de 25000 millones de neuronas que están sostenidas y alimentadas por cien mil a doscientas mil millones de neuroglía. La corteza es la sede de las funciones superiores, a saber: aprendizaje, memoria, lenguaje, sensaciones y conciencia. (14)

- PROCESO DEL PENSAMIENTO (FUNDAMENTO NEUROQUIMICO) :

La neurona está formada de un cuerpo y de prolongaciones cortas llamadas dendritas y una larga denominada axón. La zona de contacto entre una neurona y una prolongación se llama sinapsis, y es en este lugar donde se transmite la información en forma de un impulso electroquímico a través de sustancias mensajeras llamadas neurotransmisores (así se procesa el pensamiento), las cuales están acumuladas como vesículas en el botón sináptico.

Cuando la neurona envía una carga eléctrica, los neurotransmisores son liberados de las vesículas, cruzan el espacio sináptico e interactúan con los receptores de las neuronas contiguas, donde alteran la membrana celular, generando un potencial eléctrico que se transmite al cuerpo de la neurona, provocando una respuesta de "encendido" o "apagado". Los neurotransmisores provocan cambios de excitabilidad en la neurona contigua, actúan en milisegundos y no se liberan a la corriente sanguínea. Estas características las hacen diferentes de las hormonas, que se liberan en la sangre, actúan en sitios distantes (órganos, glándulas) y necesitan de segundos u horas para alcanzar su objetivo. (14)

- NEUROTRANSMISORES:

El cerebro libera diversos neurotransmisores que provocan cambios en la conducta humana y que se asocian con diversas funciones; se ha

evidenciado que la acetilcolina es la sustancia del aprendizaje (la enfermedad de Alzheimer tiene carencia de este neurotransmisor); las catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) para el rendimiento; endorfinas con efecto analgésico y tranquilizante, la psicodélica endógena para experiencias de "trance", endovalium endógeno como antidepresivo, dopamina es la sustancia de la creatividad (la esquizofrenia tiene exceso y el mal de Parkinson una disminución de la misma), etcétera. Se han encontrado más de veinte neurotransmisores en el cerebro, y a veces se comportan como hormonas, en tal caso se denominan neuropéptidos. Se puede decir que los neurotransmisores actúan como "palabras". Pensar, sentir y actuar no son posibles sin ellos.

- **ONDAS CEREBRALES:**

El impulso electroquímico generado en las neuronas provoca las ondas cerebrales que se observan en un electroencefalograma. Se tienen cuatro ritmos:

- **Beta.** Entre 15 y 30 Hz o ciclos por segundo. Es del hemisferio cerebral izquierdo. Se caracteriza por el pensar analítico, la lógica, realiza operaciones matemáticas. La acetilcolina es su principal neurotransmisor.
- **Alfa.** Entre 8 y 14 Hz o ciclos por segundo. Es del hemisferio cerebral derecho. Aparece en estados de quietud y relajación, de paz y es el ritmo del súper aprendizaje. Los neurotransmisores de este ritmo son acetilcolina, serótina y dopamina.

- Theta. Entre 5 y 7 Hz o ciclos por segundo. También del hemisferio cerebral derecho. Se observa en el proceso onírico, fase REM del sueño. Es el ritmo del chamán. La serótina es su principal neurotransmisor.
- Delta. Entre 0.2 a 4 Hz o ciclos por segundo. Del hemisferio cerebral derecho. Es el ritmo del sueño profundo, del descanso total y dura de una a una hora y media del tiempo total del sueño.

Mediante técnicas como el yoga, meditación, prácticas Zen, pranayama, Tai Chi, danza, flotario, aparatos de electroestimulación craneal, música especial (ritual, New Age), etcétera, se pueden obtener los ritmos alfa y theta; de tal manera que nos podemos relajar mental y físicamente, con una mejora y aumento en el aprendizaje, memoria e inteligencia, es decir, pasar a otro nivel de comprensión de la vida. Por diversos estudios se ha comprobado que dichas técnicas provocan gran cantidad de liberación de neurotransmisores, principalmente endorfinas, pero también de la dopamina, psicodélica endógena y serotonina entre otras. (6)

## **2. EFECTOS TERAPEÚTICOS**

En el ámbito médico, el terapeuta utiliza las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas para influenciar el estado emocional, mental o físico del paciente antes, durante o después del tratamiento médico y para ayudar a los pacientes a que se ajusten a su enfermedad, tratamiento y/o recuperación. (14)

Objetivos:

- Reducir la pena, el trauma y miedo a la enfermedad, tanto para los pacientes como para los familiares y seres queridos.
- Trabajar con los sentimientos acerca de la muerte, la incapacidad.
- Resolver conflictos interpersonales entre los pacientes y sus seres queridos.
- Facilitar la decisión de llevar a cabo opciones de tratamiento.
- Reducir la depresión, la ansiedad, la tensión o el insomnio debido a una enfermedad, tratamiento o recuperación.
- Facilitar grupos de apoyo entre los pacientes y fomentar actitudes positivas acerca de la salud.

Ahora se sabe que alguna música (tribal, New Age, clásica) provoca la respuesta de relajación o reflejo de quietud (disminución de la frecuencia respiratoria, de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial, del tono muscular y del consumo de oxígeno) por medio de la liberación de endorfina; lo mismo sucede con la estimulación eléctrica, que además de liberar este neurotransmisor puede llegar a "resonar" a la misma frecuencia de otras sustancias, como es el caso de la serotonina, que se libera a 10 Hz.

(6)

### **3. EFECTOS GENERALES:**

- Fisiología: produce cambios en el ritmo cardiaco y respiratorio, así como en la tensión muscular.
- Comunicación: estimula la expresión de los problemas y las inquietudes.

- Afectividad: favorece el desarrollo emocional y afectivo.
- Sensibilidad: agudiza la percepción auditiva y táctil.
- Movimiento: estimula la actividad y mejora la coordinación motriz.
- Sociabilidad: fomenta la interrelación social. Aplicaciones
- Educativas: ayuda en la formación, desarrollo personal y superación de discapacidades de aprendizaje.
- Psicoterapéuticas: ayuda a resolver problemas psicológicos y a cambiar conductas establecidas.
- Médica: apoyo psicológico y físico (puede reducir el dolor) a pacientes médicos que se enfrentan a situaciones difíciles como la cirugía, enfermedades terminales, cuidados intensivos...
- Psiquiátrica: mejora la autoestima y la capacidad de comunicación de los enfermos.
- Geriátrica: promueve la sociabilidad, el mantenimiento de la memoria, la actividad física y la orientación en la realidad a las personas mayores.
- Rehabilitación social: ayuda en los procesos de desintoxicación de drogodependientes.

#### **4. EFECTOS NEGATIVOS**

- Hemos de considerar que en determinados casos el tipo de música utilizada en las sesiones de musicoterapia con niños de educación especial produce alegría, identificación, y estimula el movimiento instintivo, siendo adecuada si se controla. Pero también se ha demostrado que su abuso

desequilibra, y produce unos efectos negativos que hacen dudar de la influencia positiva de estas audiciones sobre el estado físico y moral. Hemos de destacar que para el niño de Educación Especial, el poder terapéutico más intenso lo encuentra en la práctica personal de sus canciones, sus instrumentos, sus juegos musicales, sus ritmos y de todo aquello que él sienta como suyo, y se considere capaz de realizar, hasta sus propias audiciones. La vigilancia y observación de las reacciones de los niños ante la práctica vocal, instrumental o de movimiento, ha de ser continua. (6) (14)

## **B) DEPRESIÓN**

**Definición:** La depresión es una enfermedad que afecta el pensamiento, así estado de ánimo y todo el cuerpo. Afecta la forma en que comemos, dormimos lo que opinamos de nosotros mismos y de nuestra vida en general. La depresión no es un estado de ánimo triste pasajero, ni tampoco es una condición que uno pueda dejar por voluntad. Las personas que tienen depresión no pueden tan solo animarse e inmediatamente sentirse mejor. Sin tratamiento los síntomas pueden durar meses, días o años. No todas las personas que sufren de depresión experimentan todos los síntomas. Algunas sufren de unos cuantos y otras de muchos. La gravedad de los síntomas varía con los individuos. (14)

Acerca de cómo definir a la depresión existen muchos intentos de conceptos para esta, de entre las que salen las descritas por Kraepelin, Marquez, Polaino, Freud y por supuesto Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales. (4)

Kraepelin, (1880), por ejemplo la denominó locura maniaco- depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo. (1)

Estas son definiciones buenas que nos pueden dar una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), el cual dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, este concepto involucra la explicación a muchos síntomas no sólo a uno, por los cuales una persona puede estar en un estado de depresión. Energía psíquica es aquella energía o esta fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía

psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según lo dice Marquez (1990); así pues y entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo que nos rodea. Freud por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad. (4)

Otras definiciones no menos importantes que las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Esta está más descrita y abarca síntomas del pensamiento comparándola como una psicosis afectiva. (10)

Otra es la propuesta por el DSM III (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), que la describe como humor disfórico diciendo así: "Pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado..." (4)

Todas las definiciones y conceptos que se mencionaron nos dan una idea de lo que es depresión, junto con síntomas que más adelante se ampliarán para una mejor comprensión, pero se podría decir que en general estas son las más importantes para unificar un concepto.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN**

### **1. SOMÁTICOS**

- Disminución de la energía, decaimiento físico
- Trastornos del apetito
- Pérdida de peso
- Cambios sexuales
- Constipación
- Variaciones diurnas del estado de ánimo

### **2. PSICOLÓGICOS**

#### **• EMOCIONALES:**

- a. Tristeza
- b. Ansiedad
- c. Irritabilidad
- d. Anhedonia, insensibilidad

#### **• SENTIMENTALES**

- e. Culpa
- f. Desamparo

- g. Angustia
- h. Insatisfacción
- i. Desanimo con respecto al porvenir.

### 3. INTELECTUALES

- a. Pensamientos obsesivos
- b. Disminución de la memoria
- c. Falta de concentración
- d. Pensamientos suicidas
- e. Cambio de la percepción del mundo
- f. Pesimismo

### 4. SOCIALES

- a. Perdida de interés por las personas
- b. Incapacidad para tomar decisiones

## **ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

Los trastornos del humor (afectivos) tienen una elevada incidencia y prevalencia; se suelen correlacionar con antecedentes familiares de primer grado, y con importantes consecuencias individuales y a nivel socioeconómico. Una gran parte de ellos no son apreciados por los propios pacientes, y en numerosas ocasiones no son reconocidos por los médicos, con lo que pocas veces reciben un tratamiento adecuado. Pasamos a revisar algunos datos epidemiológicos de los diversos trastornos del humor.

Los trastornos bipolares (TB) son de naturaleza crónica, como refleja la similitud entre las cifras de incidencia y prevalencia a lo largo de la vida (0,4 y 1,6% respectivamente). No se han encontrado diferencias en cuanto a prevalencia con respecto al sexo, raza o nivel socioeconómico. Son de inicio en la juventud, con una edad media de inicio de unos 21 años, y el componente familiar es de gran importancia: los TB tienen mayor prevalencia entre los familiares de primer grado y los descendientes de sujetos afectos tienen mayor probabilidad de padecer un TB, ciclotimia o depresión mayor que los controles. Asimismo, la concordancia entre gemelos monocigóticos supera claramente la de los dicigóticos (70 frente a 20%). Por último, los TB tienen tendencia a la cronicidad, si bien esta tendencia varía según la presentación clínica (de sólo el 10% de aquéllos que únicamente presentan episodios maníacos, pasando por un 20% de los

que tienen un episodio de debut depresivo, hasta el 35% de los que sufren episodios alternantes maniaco-depresivos). (4)

El riesgo de padecer una depresión mayor a lo largo de la vida, se sitúa entre el 3-12% según estudios, si bien si considerásemos todos los trastornos depresivos, esta cifra sería doble o triple. Es más frecuente en mujeres (2:1), generalmente aparece antes de los 45 años, y la prevalencia es mayor entre los nacidos después de la 2ª Guerra Mundial. No existen diferencias entre razas o estratos sociales, pero la prevalencia es mayor entre separados y divorciados, y entre familiares de primer grado de enfermos depresivos. Entre el 50 y el 85% de los enfermos recidivan (los últimos estudios hablan de un 85% de recidivas a los 3 años de suspender el tratamiento). Existen diversos criterios a la hora de calificar una depresión como recurrente, pero uno de los más aceptados (si bien es el menos exigente) es del haber padecido dos episodios depresivos en el curso de cinco años, de lo que se deduce que la mayoría de las depresiones serán casi siempre recurrentes. Por último, aproximadamente un 20-30% de los depresivos no-distímicos se cronifican. (1)

La distimia, presentó en el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) una incidencia global de alrededor del 3%. Al tratarse de un trastorno crónico, de inicio en la infancia o adolescencia, las cifras se refieren a prevalencia a lo largo de la vida. Según dicho estudio, un 42% de estos pacientes habían experimentado un episodio de depresión mayor a lo largo

de su vida (en estos casos la escuela estadounidense habla de "doble depresión"), por un 75% que presentó otros diagnósticos psiquiátricos adicionales. Es más frecuente entre descendientes de enfermos depresivos, sujetos con estrés psicológico crónico y nivel socioeconómico y/o educacional bajos. Para algunos autores se trataría de una forma incompleta o atenuada de depresión, mientras que otros lo emparentan más con las neurosis y problemas de carácter, o lo consideran secundario a otros trastornos psiquiátricos. La prevalencia es también doble en las mujeres que en los hombres. (22)

El trastorno afectivo estacional (TAE) es aquel en que la fase depresiva aparece al acortarse los días, desde finales del otoño hasta el inicio de la primavera. La prevalencia es mayor en mujeres (diferencias más marcadas, 6:1), con inicio en la infancia o adolescencia. Un gran porcentaje se convierten en bipolares, y aproximadamente la mitad sufren síndrome premenstrual (la CIE-10 lo engloba dentro del trastorno depresivo recurrente). Parece que la incidencia está en relación con el fotoperiodo, lo cual tiene implicaciones terapéuticas (es indicación de fototerapia) y marca una variabilidad geográfica en la prevalencia, siendo esta mayor al aproximarse a ambos polos. Existen además variaciones de carácter estacional en el estado de ánimo, peso, energía y actividad social en una gran parte de la población, pero que no alcanzan la intensidad ni la repercusión de la clínica depresiva. (4)

Finalmente, unas palabras sobre un cuadro cuya existencia es controvertida, la depresión breve recurrente (DBR). Se caracteriza por una clínica de depresión mayor que no dura generalmente más allá de cinco días por episodio, presentando del orden de 12 a 20 episodios por año. No se considera cuadro prodrómico de la depresión mayor. (4)

### **CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS**

La clasificación de las enfermedades en psiquiatría es un tema en permanente debate; la nosología de los trastornos afectivos no se ha librado de las discusiones, al menos hasta que, con la llegada de las modernas clasificaciones, se ha llegado a un cierto punto de consenso. Hasta entonces se había intentado clasificar las enfermedades según distintos criterios: etiológico, clínico o en función del curso de la enfermedad o de la edad de comienzo. En esta sección intentaremos describir dichas clasificaciones y acercarnos someramente a las clasificaciones actuales. (4)

#### **Según la etiología**

##### **Endógena/Exógena**

De acuerdo con este esquema, las depresiones se pueden clasificar según su etiología en endógenas o exógenas (reactivas). La depresión endógena está causada por factores internos a la persona y difícilmente influenciados desde el exterior, mientras que la depresión reactiva estaría relacionada con acontecimientos vitales o factores estresantes externos. Esta clasificación ha sido desechada en la actualidad por varias razones. Las categorías

resultantes no sólo no son excluyentes entre sí, sino que muchas veces se superponen. Además, la categorización endógeno-reactivo puede llevar a confusión con la clasificación psicótico-neurótico, que implica unos perfiles clínicos concretos; así, muchos psiquiatras sostienen que la depresión endógena se asociaría más a síntomas biológicos (anorexia, pérdida de peso, despertar precoz, agitación/inhibición psicomotriz) y la reactiva a síntomas psíquicos (irritabilidad, ansiedad, reactividad del estado de ánimo, fobias). Estos perfiles son los que distinguen la depresión neurótica de la psicótica (como veremos más adelante), con lo que surge la confusión entre una clasificación etiológica y otra más clínica. (1)

Por último, estudios controlados recientes han demostrado que no existe relación entre acontecimientos vitales estresantes y un perfil clínico concreto; actualmente se acepta que no tienen ningún sentido tratar de asignar un cuadro depresivo concreto a la existencia o no de factores desencadenantes, ya que en todo cuadro afectivo hay que tener en cuenta la situación vital del paciente y sus características personales de vulnerabilidad (personalidad premórbida, carga familiar afectiva, etc.).

### **Primaria / secundaria**

Esta división, también basada en la etiología, considera como secundaria aquella depresión que aparece en pacientes con historia previa de enfermedad no afectiva (esquizofrenia, alcoholismo, enfermedad médica o tratamientos con fármacos). En un principio se pensó que podría tener

alguna utilidad al señalar diferente pronóstico o respuesta al tratamiento. Sin embargo, investigaciones posteriores no han demostrado la existencia de tal diferencia por lo que esta división es de poca utilidad clínica. (4)

### **Según sintomatología**

#### **Neurótica/Psicótica**

Como ya se ha dicho, algunos síntomas son más prominentes en las depresiones moderadas que en las más severas y viceversa. Esta diferencia en los perfiles sintomatológicos y en su intensidad ha llevado a la definición de dos tipos distintos de depresión; psicótica (refiriéndose a una depresión con síntomas biológicos y en la que puede llegar a aparecer sintomatología alucinatorio-delirante) y neurótica (con más sintomatología cognitiva, ansiedad disforia). En los últimos años se han aplicado estudios estadísticos para tratar de confirmar la existencia de ambos tipos, pero los resultados son contradictorios, y no se ha conseguido validar dichas entidades. (4)

Un problema importante que surge al intentar trabajar con este esquema, consiste en el uso impreciso que se hace del término "psicótico". Por un lado define un cuadro en el que aparecen alucinaciones y delirios, independientemente de que el origen sea afectivo, esquizofrénico u orgánico-tóxico, y, por otro, se utiliza para indicar un trastorno con síntomas predominantemente vegetativos, lo cual a su vez indica una etiología "endógena" más que reactiva, como ya hemos visto. Así pues, esta

clasificación mezcla ambos criterios (etiológico y clínico) y resulta más confusa que útil. (1)

### **Según el curso de la enfermedad**

#### **Unipolar/Bipolar**

En 1962 Leonhard propuso la división de los cuadros afectivos en tres grupos: depresión unipolar (pacientes con episodios depresivos sólo), manía unipolar (pacientes sólo con fases maníacas) y bipolares (pacientes con fases maníacas y depresivas). Además del curso de la enfermedad, Leonhard describió diferencias en patrones de herencia y personalidad premórbida. Actualmente se admite que no existen diferencias ni en la clínica ni en la respuesta al tratamiento en ambos grupos (con la excepción quizás de la necesidad de profilaxis con sales de litio o anticonvulsivantes en el caso de los trastornos bipolares). Dado que los cuadros de manía pura son muy raros se consideran bipolares, al igual que aquellos trastornos en los que aparecen fases depresivas y maníacas; aquellos en los que sólo hay constancia de episodios depresivos, son considerados unipolares mientras no aparezcan fases maníacas o hipomaníacas. Así, puede haber pacientes que en un principio sean diagnosticados como unipolares y, al presentar una fase maníaca, pasen a pertenecer al grupo de los bipolares; es pues inevitable que aparezca un problema de solapamiento. (1)

Más recientemente algunos autores (Goodwin, Cassano et al.) han definido subgrupos dentro del trastorno bipolar. Así tenemos:

Bipolar I: episodios depresivos con al menos una fase maníaca (correspondería al trastorno bipolar clásico).

Bipolar II: episodios depresivos con fases hipomaniacas que no hayan requerido hospitalización.

Bipolar III: episodios depresivos con antecedentes de trastorno afectivo bipolar clásico.

Bipolar IV: episodios de hipomanía de origen farmacológico.

Bipolar V: manía unipolar.

Se han encontrado diferencias en los patrones de herencia familiar entre el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II; sin embargo, las otras tres categorías no presentan una utilidad clínica clara.

A pesar de todos los problemas de validación esta categorización ha demostrado ser la más útil y permite pronosticar hasta cierto punto diferencias en el curso de la enfermedad y en la posible respuesta al tratamiento.

#### **Según la edad de comienzo**

Bajo este epígrafe describiremos algunos subtipos y nomenclaturas de episodios depresivos que estuvieron muy en boga en el pasado, pero que actualmente no tienen ningún apoyo empírico ni estadístico y cuya utilidad clínica es escasa. (4)

### **Depresión involucional**

Se entendía por depresión involucional aquella que comenzaba en la edad media de la vida y cursaba predominantemente con agitación psicomotriz y síntomas hipocondríacos. Se le suponía una etiología definida, pero variada; involución de los órganos sexuales, o alguna clase de relación con la esquizofrenia. Los estudios de herencia familiar realizados nunca corroboraron la existencia de este subtipo como entidad nosológica definida. (4)

### **Depresión senil**

La depresión senil intentaba agrupar a los pacientes en los que los episodios depresivos comenzaban en la tercera edad. Es posible que en esta categoría estén incluidas también cuadros depresivos más en relación con un inicio de demencia. Nunca se ha demostrado que este concepto tenga alguna utilidad clínica ni con vistas al tratamiento. (4)

## **ETIOPATOGENIA**

Como se refleja en las secciones precedentes, los trastornos afectivos, y en particular en lo referente al concepto de depresión, destacan por su gran heterogeneidad puesta de manifiesto por las distintas clasificaciones propuestas, uni vs. Bipolar, endógena vs. exógena, etc. Es pues más que posible que dicha heterogeneidad explique la diversidad de teorías etiopatogénicas existentes en la depresión, con evidencias experimentales que apoyan la verosimilitud de cada una de ellas. (10)

Antes de intentar describir algunas de las más importantes teorías, nos gustaría transmitir una serie de ideas más o menos universalmente admitidas, para evitar la confusión entre tantos datos:

En los trastornos afectivos existe un componente genético importante, más marcado en algunos trastornos (bipolares).

Los factores externos juegan un papel en el desencadenamiento sobre todo, pero también en la génesis de algunos de estos trastornos. Concepto que se integra con el previo, pues ante un determinado acontecimiento vital, hay personas que caen en la depresión y otras que no.

La personalidad previa del sujeto influye en la manera en que éste reacciona a los acontecimientos, y por lo mismo en que sea más o menos vulnerable al ambiente, interviniendo asimismo en el modo de presentación clínica. La personalidad posterior puede quedar marcada por sucesos y vivencias del episodio crítico.

Si bien no se conoce con precisión la desregulación íntima en los sistemas de neurotransmisión a nivel de SNC, la noradrenalina y la serotonina deben jugar un papel preponderante en la génesis de estos trastornos. (1)

### **Genética**

Los siguientes datos avalan el componente genético de los trastornos afectivos (mayor en general en bipolares que en el resto):

Mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos.

Riesgo incrementado en familiares, tanto en bipolares como en unipolares.

Los bipolares tienen antecedentes familiares tanto de bipolares como de unipolares, mientras que en los unipolares predomina abrumadoramente la proporción de antecedentes unipolares, sugiriendo un modo independiente de transmisión.

El modo de transmisión es un tema aún no resuelto, unos autores defienden su ligazón al cromosoma X, mientras otros abogan por la transmisión poligénica.

Por último, aunque sobre la llamada depresión neurótica existen menos estudios genéticos, éstos sugieren una menor participación. (1)

### **Bioquímica**

Desde un punto de vista general, las teorías biológicas han ido evolucionando en complejidad, influidas por avances tecnológicos que han permitido el estudio de nuevas sustancias presentes en cantidades ínfimas, así como el estudio in vivo de receptores a nivel del SNC. Así, de la

primeras teorías (noradrenérgica, serotoninérgica) basadas en la carencia de una determinada sustancia, se pasó a medida que se empezaban a reconocer las múltiples interacciones entre los sistemas de neurotransmisión, a teorías basadas en el desequilibrio. Más recientemente, las hipótesis que apoyan delicadas formas de falta de regulación a nivel de receptor han adquirido consistencia. (4)

### **Noradrenalina**

La hipótesis noradrenérgica data de mediados de los 60 y sugería que "algunas, si no todas las depresiones, están relacionadas con una falta absoluta o relativa de catecolaminas, en particular de noradrenalina, en áreas del cerebro funcionalmente importantes. La euforia, por el contrario, puede asociarse con el exceso de estas aminas" . Esta hipótesis se basaba fundamentalmente en dos datos; la respuesta a antidepresivos que incrementaban la disponibilidad de noradrenalina en las sinapsis centrales, y el hecho de que un fármaco antihipertensivo como la reserpina, que reducía la reservas de NA en las vesículas sinápticas, podía causar reacciones depresivas. Numerosos hallazgos posteriores cuestionaron esta teoría (falta de efecto antidepresivo de otras sustancias potenciadoras de la actividad noradrenérgica central, como cocaína o anfetaminas; informes contradictorios sobre los efectos depresógenos de beta-bloqueantes; retraso de 2-6 semanas en la respuesta antidepresiva, mientras que el aumento de

NA a nivel central es prácticamente inmediato...) que ha ido sufriendo diversas modificaciones. (4)

En la actualidad, las hipótesis más aceptadas postulan que no existe tanto un déficit absoluto de NA, como una falta de eficacia de los sistemas noradrenérgicos en los pacientes depresivos. Asimismo, parece que en los pacientes depresivos existe una regulación a la baja (down-regulation) de los receptores noradrenérgicos, lo cual explicaría el retraso en el efecto antidepresivo, al ser precisa la corrección de esta mala regulación para la obtención de dicho efecto. Así pues, si bien la primitiva hipótesis noradrenérgica, no tiene otro interés que el histórico, el papel etiológico de la NA en los trastornos del humor merece atención y estudio en el futuro. (4)

### **Equilibrio colinérgico-adrenérgico**

Planteada en 1972 por Janowsky y cols. explicaban las enfermedades afectivas en función del equilibrio colinérgico-adrenérgico a nivel del SNC. Esta teoría se basaba en la gran densidad de receptores colinérgicos a nivel del sistema límbico, y postulaba que un exceso relativo de la actividad colinérgica frente a la adrenérgica conduciría a la depresión clínica, mientras que una hiperactividad de la noradrenalina frente a la acetilcolina llevaría a la manía. Existen diversos hallazgos que apoyan el papel de dicho equilibrio en las enfermedades afectivas (reacciones depresógenas tras la administración de colinomiméticos; relación acetilcolina-noradrenalina con

la latencia del sueño REM, con la acetilcolina que disminuye dicha latencia y la noradrenalina que la aumenta; hipersensibilidad colinérgica en pacientes con antecedentes depresivos; efectos anticolinérgicos marcados en algunos antidepresivos...), si bien es necesario de nuevos estudios que aclaren mejor el papel de estos mecanismos en la génesis de las enfermedades afectivas. (4)

### **Serotonina**

De modo análogo a la hipótesis noradrenérgica inicial, esta postulaba que la carencia o déficit funcional de la serotonina podía causar las enfermedades depresivas. Apoyaban dicha hipótesis hallazgos similares a los que fundamentaban la hipótesis noradrenérgica (algunos de los primeros antidepresivos, IMAOs y algunos heterocíclicos, aumentaban la 5-HT disponible en cerebro; el triptófano, precursor de la 5-HT, aumentaba el efecto antidepresivo de los IMAO, e incluso su administración aislada podía ser eficaz). Posteriormente se observó que el triptófano era eficaz en el tratamiento de la manía, revisando la hipótesis, pasando a un modelo "permisivo" según el cual, el déficit de serotonina permitiría la aparición de enfermedades afectivas; cuando se asociase a un déficit de NA se produciría la depresión, y la manía aparecería con el aumento de la actividad noradrenérgica en el contexto de un déficit de 5-HT. (4)

Existen numerosos datos indicadores de una disminución de la actividad serotoninérgica funcional (niveles de 5-HT o sus metabolitos disminuidos en

las autopsias de los cerebros de depresivos y suicidas; aumentos del número de receptores 5-HT<sub>2</sub>; pruebas de respuesta hormonal con antidepresivos que potencian la transmisión serotoninérgica...). A pesar de los numerosos indicios en favor de una hipótesis indolamínica, las conclusiones que pueden extraerse son limitadas, alguno de los datos no ha sido replicado en estudios posteriores, y otros pueden ser inespecíficos por la falta de selectividad en la acción de algunos fármacos. (4)

### **Teorías cognitivo-conductistas**

La indefensión aprendida describe un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas al no reconocerse la relación entre unas determinadas respuestas (adaptativas) y el alivio de los estímulos aversivos. Este modelo, uno de los que mejor se ajusta al paradigma conductista de la depresión, supone un fracaso relativo sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, que lleva a una frustración permanente. Para Seligman, la depresión aparece al percibirse el sujeto sin ningún control sobre dichas situaciones reforzadoras externas, lo que le ocasiona vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza, típicas de la depresión.

Por otra parte (aún con ciertas conexiones con el modelo antes descrito) Beck, destaca que los aspectos cognitivos de la depresión serían la base del trastorno. Para este autor, un estilo cognitivo alterado con expectativas negativas acerca del ambiente sería el estilo de pensamiento de la personalidad predepresiva, y unido a la desesperanza y la incapacidad,

constituiría la parte nuclear de la depresión humana. Desde este punto de vista, la visión pesimista del futuro, la interpretación negativista de la propia experiencia junto a una concepción peyorativa de sí mismo, forman la tríada cognitiva básica de los depresivos. Beck diseñó una psicoterapia en la que trata de modificar estos aspectos, amén de preparar al sujeto para afrontar situaciones distorsionantes futuras. (10)

Otros autores centraron sus investigaciones en torno a la separación y la privación social, en parte en la línea de los modelos psicoanalíticos que analizaremos posteriormente, concluyendo con respecto a la posible relación causal entre dicho evento y la depresión que: la separación (considerada genéricamente) figura destacada entre los factores precipitantes de la depresión, no es específica respecto del trastorno depresivo, no es causa necesaria ni suficiente para la génesis del trastorno depresivo y además, puede ser consecuencia y no causa de la propia depresión. (10)

### **Teorías psicodinámicas**

Ya desde Freud y Abraham se considera a la melancolía, desde un punto de vista psicoanalítico, como una situación de "pérdida del objeto amado". Sería un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el cual el instinto agresivo que se genera, por alguna razón no se dirige hacia el objeto adecuado y se internaliza, desarrollando una autoagresión contra un objeto internalizado con el que el Yo se identifica. Este proceso se desencadena

con la pérdida de un objeto amado de forma ambivalente, siguiendo la actitud canibalística, propia de la fase oral . (4)

### **Acontecimientos vitales. Soporte social**

En los últimos años se han dedicado numerosos trabajos a la influencia de estos aspectos en la etiopatogenia de la depresión. Como conclusiones más destacadas señalaremos que se ha evidenciado que en pacientes depresivos ocurren un mayor número de acontecimientos estresantes (no necesariamente negativos) en el período que antecede al episodio depresivo. Sin embargo, cabe señalar con respecto a su posible papel precipitante que: los acontecimientos estresantes previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo; su importancia relativa es mayor en los episodios iniciales de la enfermedad, ya que en los episodios sucesivos aparece una cierta autonomía en el desencadenamiento del cuadro (sobre todo en trastornos bipolares y depresión mayor con melancolía); y dichos eventos carecen de valor predictivo en cuanto a la respuesta al tratamiento . (4)

En cuanto al soporte social, el factor más importante se considera el de la presencia de una relación de confianza, que aunque actúa fundamentalmente como factor de vulnerabilidad (otros factores serían: el desempleo, la presencia de más de tres hijos menores de 14 años en el hogar y la pérdida de la madre antes de los 11 años) condiciona, sobre todo a medio y largo plazo, el resultado del tratamiento.

## **Personalidad**

Con respecto al papel de la personalidad en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, señalaremos que no existe una personalidad predepresiva definida, y que únicamente la introversión se ha señalado como posible rasgo premórbido. Otros rasgos señalados en la revisión de Akiskal y cols. de 1983 , los temperamentos ciclotímicos e hipertímicos o el temperamento distímico, pueden ser considerados ya incluidos en el espectro de los trastornos bipolares o del trastorno distímico respectivamente. Por otra parte, Tellenbach partiendo de un análisis fenomenológico define los rasgos constitutivos del tipo melancólico, que determinarían una tendencia "hacia el campo de gravedad de la melancolía" . Son personas caracterizadas por un afán de orden en sus vidas (entroncando con los obsesivos), en el que quedan encerrados. Son sobrios, formales y con sentido del deber; evitan todo conflicto en sus relaciones personales, ajustadas a gran pulcritud y escrupulosidad moral (que les arrastra a la culpa con frecuencia) manteniendo una actitud de cordialidad y fidelidad; a nivel profesional tienen un elevado nivel de autoexigencia, que les proporciona buena aceptabilidad social. (4)

## **Trastornos del humor secundarios**

En general se caracterizan por tener una presentación clínica atípica, hay que tenerlos siempre presentes, y en ocasiones plantean cierta dificultad en el diagnóstico diferencial. El tratamiento en estos casos, sería dirigido a la

etiología, debiendo evitarse la administración innecesaria de antidepresivos o estabilizadores del ánimo (Tabla 2).

Tabla 2. **Trastornos afectivos secundarios (4)**

<b>Causas de Depresión Secundaria</b>	<b>Causas de Manía Secundaria</b>
<p><b>1. Fármacos y Tóxicos:</b> reserpina, beta-bloqueantes, alfa-metildopa, levodopa, estrógenos, corticoides, colinérgicos, benzodiacepinas, barbitúricos y otras drogas similares, ranitidina o calcio-antagonistas, alcohol, hipnótico-sedantes, cocaína, otros psicoestimulantes</p> <p><b>2. Trastornos Metabólicos:</b> hipertiroidismo (sobre todo en ancianos), hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipercalcemia, hiponatremia, diabetes mellitus, déficit de vitamina B12, pelagra.</p> <p><b>3. Trastornos Neurológicos:</b> ACV, hematoma subdural, esclerosis</p>	<p><b>1. Fármacos y Tóxicos:</b> ACTH, alcohol, alucinógenos, aminas simpaticomiméticas, anticolinérgicos, antidepresivos, broncodilatadores, calcio, cicloserina, cimetidina, cocaína, corticoides, descongestionantes nasales, digital, disulfirán, etionamida, fenacetina, hormonas tiroideas, levodopa, metoclopramida, procarbacin, salicilatos, vitamina A y D (altas dosis).</p> <p><b>2. Trastornos Metabólicos:</b> enfermedad de Cushing, estados postoperatorios, hemodiálisis, hipertiroidismo, déficit de vitamina</p>

<p>múltiple, tumores cerebrales (sobre todo frontales), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, epilepsia no-controlada, sífilis, demencias, lesiones craneoencefálicas cerradas.</p> <p><b>4.Otros:</b> cáncer de páncreas, infecciones virales (sobre todo mononucleosis y gripe).</p>	<p>B12.</p> <p><b>3. Trastornos Neurológicos:</b> ACV, parálisis general progresiva, hematoma subdural, esclerosis múltiple, tumores cerebrales (diencefálicos, esenooccipitales, parasagitales, metástasis) enfermedad de Huntington, síndromes postraumáticos, síndromes frontales, lobectomía temporal derecha, lesiones cerebelosas.</p> <p><b>4. Otros:</b> Virus influenza, encefalitis herpética, neurosífilis, encefalitis tipo A.</p>
---	--

## **CLINICA/DIAGNÓSTICO**

Estos dos aspectos han de ir inseparablemente unidos, pues por el momento en los trastornos del humor (como en casi todos los padecimientos psiquiátricos) el diagnóstico es clínico, mientras que las pruebas complementarias, tanto las técnicas de laboratorio como de neuroimagen, carecen de especificidad suficiente, por lo que únicamente sirven como complemento a la observación clínica y la entrevista psiquiátrica, que hoy por hoy constituyen los elementos fundamentales para hacer el diagnóstico.

(4)

## **DEPRESION**

Resumimos aquí la clínica depresiva. A la hora de hacer un diagnóstico debemos consultar cualquiera de los dos manuales con criterios operativos de diagnóstico (CIE-10 o DSM-IV), valorando cuantos de los siguientes síntomas están presentes, con qué intensidad y por cuánto tiempo, con lo que adscribiremos el cuadro en una de las diversas categorías de los trastornos depresivos. (4)(1)

En la exploración psicopatológica podemos encontrar:

- Afectividad: Tristeza vital con indiferencia, apatía, desinterés. A veces, aunque menos frecuente, ansiedad-irritabilidad.
- Cognitiva: Curso del pensamiento enlentecido (aumento de la latencia de respuesta en los casos graves) y contenido negativo, con una valoración pesimista de pasado, presente y futuro, unido a sentimientos de culpa y

minusvalía. En casos graves, ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo (típicamente ruina, culpa e hipocondría; a veces también paranoides). Ideación autolítica con planificación, en los casos más graves. A veces aunque raras, aparecen ideas obsesivoides. Déficits de atención, memoria y concentración. Ocasionalmente deterioro (seudodemencia depresiva).

- Conducta: inhibición (la agitación es rara, y se da más en la depresión en el anciano). Disminución del rendimiento, con tendencia al encamamiento. Anhedonia (incapacidad para obtener y experimentar placer) total. Llanto, con anestesia afectiva en algunos casos. Intento de suicidio formal, que se consume en un 10-15% de los pacientes.

- Alteración en los ritmos biológicos (típicamente en la depresión mayor con melancolía): inicio en primavera-otoño, despertar precoz, mejoría vespertina (también pueden ser invertidos, en la depresión atípica).

- Trastornos somáticos: astenia, anorexia, pérdida ponderal, disminución del deseo sexual, trastornos del sueño, disregulación vegetativa (palpitaciones, sudoración...), algias diversas, molestias gastrointestinales. También puede aparecer hipersomnia y aumento del apetito, especialmente por hidratos de carbono (más frecuente en depresiones atípicas).

En las pruebas complementarias podemos observar:

- Polisomnografía: disminución latencia REM, aumento actividad y cantidad REM en la primera mitad de la noche.

- Test estimulación de TSH por TRH: aplanamiento de la respuesta en un 25-30% de los depresivos.
- Test de supresión del cortisol por la dexametasona (TSD): un 40-50% no suprimen (respuesta alterada; este tipo de respuesta tras la recuperación clínica indica un mayor riesgo de recidiva).
- Alteración del sistema mononuclear fagocítico, en relación con la intensidad del cuadro depresivo.
- Disminución de la unión de 5-HT e imipramina a los receptores plaquetarios.
- TAC, útil en el diagnóstico diferencial con la demencia depresiva.
- Estudio tiroideo, puede existir hipotiroidismo, sobre todo en aquellos casos recidivantes con pobre respuesta terapéutica.

Al margen de estas pruebas siempre es conveniente una analítica general antes de iniciar un tratamiento y en los casos de sospecha de depresión secundaria a patología orgánica. Otras pruebas pueden ser también necesarias, pero dependen un poco de la edad del enfermo, de si tiene o no patología acompañante, y de los fármacos que pensemos introducir en su tratamiento (EKG, EEG, radiografía de tórax).

## **TRATAMIENTO**

Al igual que en el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, el de los trastornos afectivos debería contemplar tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales. En este momento, asistimos a un gran avance de la psicofarmacología de los trastornos del humor. Eso no debe hacernos olvidar que en algunas formas de depresión lo más indicado puede ser algún tipo de psicoterapia. (4)

## **TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO**

### **Tratamiento del episodio depresivo**

Los fármacos antidepresivos han sido utilizados desde los años 50. En esta sección no vamos a entrar en descripciones químicas o de la farmacocinética o farmacodinamia de los mismos, sino que nos detendremos fundamentalmente en las indicaciones clínicas y modo de utilización.

Desde un punto de vista práctico, se pueden clasificar los fármacos antidepresivos en tres grupos:

Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos relacionados (ATC).

Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). (4)(1)

Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

## **Tratamiento profiláctico**

### **Depresión recurrente**

A este respecto cabe mencionar la exhaustiva revisión de Montgomery, donde comenta los estudios existentes sobre el tratamiento profiláctico, de los que se desprende:

La dosis debe ser la misma con la que se obtuvo respuesta terapéutica.

Aunque los datos son controvertidos, la imipramina es el fármaco con menor porcentaje de recaídas, y una tolerancia (incluso en dosis por encima de 200 mg/d) bastante buena.

No hay suficiente evidencia en favor de un papel profiláctico de las sales de litio en las depresiones monopolares recurrentes.

Dado lo prolongado del tratamiento, y el menor perfil de efectos secundarios que poseen los ISRS, Montgomery tiende a inclinarse por estos fármacos para el tratamiento profiláctico. (4)

### **Trastornos bipolares**

El carbonato de litio es el fármaco de elección; las dosis suelen estar entre los 800 y 1200 mg/d. La eficacia clínica se obtiene con niveles plasmáticos entre 0.5 y 1.2 mmol/l. Algunos autores preconizan su uso desde el primer episodio maníaco, mientras que otros prefieren esperar a un segundo ciclo. En cuanto a la suspensión, esta puede plantearse transcurridos 4-5 años en función de cómo haya sido la evolución.

Antes de iniciar un tratamiento con litio es preciso valorar la función tiroidea, cardíaca, renal y el metabolismo del sodio. Es conveniente controlar previamente un ionograma, urea, aclaramiento de creatinina, TSH, T3 y T4, EKG.

La carbamacepina al igual que el litio puede ser útil tanto en el episodio agudo (400-1200 mg/d), como profiláctico (200-600 mg/d) .

La asociación de estos dos fármacos también se propugna, especialmente en casos refractarios al litio o en el caso de cicladores rápidos (4 ó mas episodios/año), aunque presenta mayor número de efectos adversos que la administración aislada de ambos.

Otros fármacos que también se emplean son el valproato, de menor efectividad que el litio administrado solo (30-60 mg/kg de peso/día), pero especialmente útil asociado a éste en casos de toxicidad (permite reducir la dosis de litio), y el clonacepam (hasta 6 mg/día) . (4)(1)

### **Comentarios prácticos sobre terapéutica**

En la depresión mayor con melancolía, la impresión de muchos clínicos es que los ATC tienen un índice de respuesta algo superior a los ISRS. Los datos de los estudios son contradictorios, si bien en algunos de ellos existen fallos metodológicos (dosis no equivalentes de los fármacos en estudio) que cuestionan su validez. En cualquier caso al igual que afirman Roose y cols., creemos que son precisos nuevos estudios doble ciego comparando niveles

plasmáticos terapéuticos de ATC frente a los distintos ISRS, en este particular grupo de población.

En pacientes con alto riesgo suicida, el uso de los ISRS proporciona dos ventajas, su bajo potencial letal en sobredosis (por contra la ingesta de la dosis de 1 semana de ATC puede matar al paciente) y la posible mayor especificidad de acción en estos pacientes (los niveles de 5-HIA, metabolito de la serotonina son significativamente más bajos en suicidas, y dentro de éstos en aquellos que realizan intentos más violentos y graves).

## **PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y SOCIALES DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS**

Los problemas de las personas en hemodiálisis pueden explicarse por la insuficiencia renal crónica o por el tratamiento, lo cual implica sentenciarlos a un sufrimiento crónico e inevitable, igual que su enfermedad. También pueden explicarse por la falta de habilidades para afrontar sucesos indeseables. En este caso se trata de habilidades que se pueden aprender; el futuro de estas personas se plantea, desde este punto de vista mucho más esperanzador.(17)

Los pacientes sometidos a diálisis prolongada y sus familias son vulnerables a constantes crisis emocionales, sociales y médicas. Su supervivencia y calidad de vida depende de la capacidad de afrontamiento del paciente y del

equipo de tratamiento. Los programas de diálisis que estimulan la independencia del paciente y la realización de una vida normal reducen con más éxito los problemas psicosociales del paciente. (18)

La diálisis, que se suele programar en función de la conveniencia de los demás, afecta a la actividad laboral o escolar del paciente y también a su ocio. Puede resultar imposible realizar un trabajo regular. Los pacientes mayores pasan a depender de sus hijos mayores y ya no pueden vivir solos. Con frecuencia se alteran las responsabilidades y tareas de cada miembro de la familia, lo que genera sentimientos de culpa e inutilidad y tensiones. Con frecuencia se necesita ayuda económica para cubrir los altos costes del tratamiento, las dietas especiales y el transporte. (18)

Cuando el paciente deja de orinar y se reduce la energía física, se puede producir tensión, aunque también se genera tensión por la pérdida o alteración en la función sexual, los cambios del aspecto físico por la cirugía de acceso, los catéteres peritoneales, las marcas de punción, la enfermedad ósea u otras causas de deterioro físico y, en último término, por el miedo a la muerte. Los niños con retraso de su desarrollo físico pueden sentirse aislados o distintos de sus compañeros. (18)

Se pueden adaptar a las diálisis pacientes con distintos tipos de personalidades. Entre los rasgos de personalidad premórbida que pueden mejorar el éxito de la diálisis a largo plazo cabe destacar la adaptabilidad, la

independencia, el autocontrol, la tolerancia a la frustración y el optimismo, aunque también resultan importantes la estabilidad emocional, el apoyo familiar, el apoyo constante del equipo de tratamiento y la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones. Tienen menos importancia el sexo, el nivel educativo y otros factores socioeconómicos; aunque la edad no es un indicador esencial para el ajuste a largo plazo, en los adolescentes y adultos jóvenes la diálisis puede complicar aún más problemas típicos de esa edad como la identidad, la independencia y la imagen corporal. (19)

Entre las fases de ajuste destacan el optimismo y la euforia en los pacientes cuyo estado físico mejora al empezar el tratamiento; depresión, desilusión y desánimo cuando se hace patente la realidad de la enfermedad y de su tratamiento a largo plazo; y en último término adaptación a largo plazo.

La negación ayuda al paciente a evitar la realidad de su dependencia del tratamiento y la situación de riesgo para su vida; algunos pacientes no se dejan superar por este hecho y pueden reiniciar sus actividades vitales. La ausencia de negación puede producir ansiedad o depresión graves, psicosis o suicidio, aunque una negación excesiva puede determinar que el paciente rechace el tratamiento y fallezca por la enfermedad. (19)

Las personas dependientes aceptan su situación con más facilidad, pero una gran dependencia puede generar unas demandas excesivas sobre el entorno y dificultar la rehabilitación. Algunos pacientes, que pretenden obtener

ganancias secundarias por su papel de enfermos, pueden disfrutar de dicho papel y ser incapaces de abandonarlo. Las personas independientes pueden no adaptarse al papel de enfermo y al tratamiento, y rechazar el consejo médico y el tratamiento. A pesar de todo, la independencia puede facilitar la reinserción social y la responsabilidad del paciente. (17)

La depresión, una respuesta normal a la pérdida, puede ser de especial intensidad. Se producen sentimientos de culpa, hostilidad y ambivalencia en los pacientes que consideran el tratamiento como un milagro o como una monstruosidad. Pueden sentir agradecimiento u hostilidad frente a las personas de las que dependen y sentir ambivalencia sobre su deseo de vivir. (17)

Algunos pacientes en diálisis expresan sus sentimientos (no cumplen la dieta ni la medicación, llegan tarde o faltan a la sesión de diálisis) o se enfadan con el equipo responsable del tratamiento o con el responsable de la diálisis domiciliaria. Sin embargo, muchos pacientes expresan sus sentimientos y dirigen su energía de una forma productiva. Pueden volver a trabajar, reiniciar sus actividades previas o asumir el papel de consejeros para sus compañeros de diálisis. Los pacientes sometidos a auto-cuidados y diálisis domiciliaria recuperan un cierto sentido del autocontrol y de la independencia, ya que son en gran medida responsables de su tratamiento y pueden integrarlo de forma flexible en sus vidas. (18)

Las reacciones de afrontamiento familiar son parecidas a las de los pacientes. Como el equipo responsable de la diálisis está muy integrado con los pacientes (sobre todo con los que se van deteriorando), algunos miembros del mismo pueden recurrir a la negación para afrontar la realidad, lo que puede generar falsas expectativas al equipo que impiden conseguir los objetivos reales de rehabilitación. (19)

La calidad de vida de cada persona se va a determinar, en gran parte, de cómo haya sido preparada y de cuánto hayan sido evitados algunos factores de riesgo en la etapa pre-dialítica. Es conveniente llegar a la diálisis con un buen conocimiento de la enfermedad. La asistencia y el apoyo emocional y psicológico es fundamental para afrontar el impacto que significa el tratamiento y su condición de crónico. (19)

Otro factor fundamental en el bienestar social sería la rehabilitación laboral. Aproximadamente el 65% de los pacientes en hemodiálisis trabajan (tiempo parcial o completo) un año antes del inicio del tratamiento y, tras iniciarse éste, el porcentaje de enfermos que trabajan desciende de forma espectacular, alcanzando solamente el 25% de los afectados. Este descenso no es tan importante entre los trasplantados (65% antes del inicio del tratamiento y 46% después). (17)

Las personas en hemodiálisis, están obligadas a modificar su forma de vida, más o menos, en función de cual fuera la anterior, de sus proyectos y

del curso de la IRC o su tratamiento. Los cambios que impone la hemodiálisis van desde hábitos básicos como son la dieta, o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona. Esta situación lleva a cambios en la percepción de sí mismo y las relaciones sociales. (20)

Insistentemente podemos observar que los factores físicos psicológicos y sociales constituyen una unidad indisoluble, afectando unos a otros.

### **EL IMPACTO DE LA HEMODIÁLISIS EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON IRC**

Se suele denominar impacto de la enfermedad (ó *illness intrusiveness*, en el término original inglés) a las perturbaciones en el estilo de vida derivadas de los cambios anatómicos, déficit funcionales y discapacidades físicas inducidas por la enfermedad. (19)

El impacto de la insuficiencia renal crónica parece fundamentalmente determinado por el tratamiento, siendo el que mas afecta al bienestar de los afectados la hemodiálisis, por el modo en que evolucionan los síntomas físicos y las enfermedades concomitantes, así como por el tipo de estrategia de afrontamiento que emplee cada paciente para adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad. (19)

En los pacientes dializados puede haber expectativas de trasplante o no. En el primer caso, la esperanza de mejoría después del trasplante puede paliar

el impacto psicológico de los síntomas. Por el contrario, si el paciente sabe que no puede ser transplantado y, a medida que pasa el tiempo, además, experimenta un deterioro físico progresivo, las emociones negativas se incrementan como consecuencia de la “desesperanza” y del nulo control sobre su situación. (20)

El cambio más llamativo es el abandono o reducción notable de la actividad laboral o de estudio. Inicialmente, los tres días semanales que tienen que acudir a realizar la hemodiálisis al hospital generan serias dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad. Además, la incertidumbre respecto al futuro favorece la inhibición para desarrollar actividades sistemáticas. (17)

Se ha propuesto diferentes fases en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, en las que el impacto de enfermedad y sus tratamientos es diferente. La experiencia en el tratamiento psicológico y la atención de enfermería a personas en hemodiálisis, junto a las propuestas de diferentes autores, nos permiten señalar cuatro fases en el transcurso de la IRC: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación. (17)

### **1) Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas**

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de su enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal. Esta experiencia es paralela a la de las crisis agudas de enfermedad: se mantiene contacto con el médico o con el

hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. Aunque hay una manifestación de síntomas, el paciente suele pensar que desaparecerán, en un periodo breve de tiempo.

El médico informa sobre la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de su vida. En este momento, el enfermo se centra en sus manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como el pronóstico y el malestar físico que le acompañan. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período. (18)

## **2) Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo**

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad, que van más allá de las dolencias físicas del momento.

Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia las creencias que una persona sana tiene sobre los afectados por una enfermedad crónica. En nuestra cultura hay una devaluación social del enfermo, percibiéndolo como una

persona distinta a la mayoría, inferior. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse incapaz para tener proyectos, no puede trabajar, no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable y lleno de limitaciones. (18)

La creencia del sano que considera al enfermo como un ser débil, marginado, unida a los obstáculos que se interponen entre lo que hacia antes y lo que puede hacer ahora suele ir asociada a inseguridad, distanciamiento social, vergüenza de sí mismo y, en último término, a un elevado riesgo de inadaptación personal, familiar y social. El sujeto enfermo pone en cuestión este sistema de valores, momento en que se inicia la tercera fase. (18)(19)

### **3) Reflexión y análisis: nuevo punto de referencia**

Al conocer mejor la realidad en la que esta inmerso el individuo, pone en duda las creencias sociales sobre el enfermo crónico que hasta ahora se correspondían con las suyas propias. Se da cuenta de que realmente tiene unas limitaciones, pero también de que posee múltiples capacidades que le permitirán desarrollar un nuevo proyecto de vida.

El estado de animo del enfermo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad. (18)

#### **4) Readaptación personal, social y familiar**

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado.

El modo en que se resuelven estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios. (19)

En general, podría afirmarse que las personas que se quedan estancadas en la primera etapa son aquellas que viven exclusivamente para su enfermedad, con un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicológicos.

El estancamiento en la segunda fase conduce a la marginación social, dependencia y pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda constante, altibajos emocionales, relaciones familiares tensas y experimentara niveles elevados de ansiedad, por la incertidumbre a la que se ve sometido ante los cambios tanto en sus hábitos como en sus condiciones físicas. (18)

Dado que durante las etapas primera a tercera el enfermo se encuentra en una situación de desconcierto y alteración emocional, en muchas de las investigaciones que estudian la influencia del tipo de tratamiento sobre los trastornos psicológicos del sujeto exigen como requisito que los enfermos hayan permanecido en diálisis por lo menos un año, ya que éste parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación.(17)

La mayoría de las personas con IRC suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento. Después de la aparición de nuevas creencias sobre la enfermedad se hace consciente el intento de readaptación a esta nueva situación. (20)

El enfermo, desde su nuevo punto de referencia, empieza a dar respuesta a las dudas que hasta ahora había mantenido: ¿ qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál es mi papel en la familia?, ¿ cual es mi papel en grupo social?... (18)

La respuesta que se dé a estas preguntas será decisiva en su postura ante la enfermedad. Desde una postura realista tomará conciencia de sus limitaciones y capacidades; reconstruirá su imagen personal, relaciones familiares y sociales; la actitud ante su destino será activa, con aspiraciones adecuadas a un nuevo proyecto de vida. Desde una postura no realista verá solo las limitaciones; tomara una actitud pasiva, sin proyectos y dependiente de los demás. (19)

El desarrollo del comportamiento ante la enfermedad no es igual en todas las personas. Unas van más rápido, otras se quedan estancadas en alguna fase. En estas diferencias influirán muchos factores: cuadro clínico, información acerca de su nuevo estado (médica y psicológica), proceso de aparición (repentina o progresiva), estado civil, situación económica y social... Las personas que se quedan estancadas en la primera fase son aquellas que viven exclusivamente para su enfermedad, con un elevado riesgo de desarrollar trastornos psicológicos. El estancamiento en la segunda fase lleva a marginación social, dependencia y pasividad general. Si la tercera fase no se supera, la persona estará en constantes dudas e incertidumbre, altibajos emocionales relaciones familiares tensas y con niveles elevados de ansiedad por el estrés al que se ve sometido por la situación de desequilibrio en que se encuentra. (19)

### **PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN PERSONAS EN HEMODIALISIS**

La mayoría de los autores esta de acuerdo en que las características de la insuficiencia renal crónica y sus tratamientos favorecen la aparición de ansiedad generalizada, debido a la presencia constante de situaciones amenazantes a las que se tiene que enfrentar estos enfermos. Llamativamente, se ha observado que cuando no hay condiciones terminales inminentes, el nivel de ansiedad predice la supervivencia de los pacientes incluso mejor que las variables medicas. Todo parece indicar que las

respuestas de ansiedad generalizada y mantenidas perjudican no solo el bienestar de los enfermos renales, sino también sus condiciones físicas. (17)

Entre los aspectos que favorecen la aparición de ansiedad en las personas en hemodiálisis, y que son comunes a otros tratamientos de la IRC, destacan las siguientes: restricciones en la dieta, disminución de la capacidad sexual, cambios en las relaciones sociales y familiares, cambios en la apariencia física, temor a la muerte, situación laboral y situación económica. El temor a la muerte aparece en todos los pacientes con independencia del tratamiento en que se encuentre; sin embargo, las causas específicas del miedo a morir varían. Así, los sujetos en hemodiálisis tienen miedo a las complicaciones derivadas de la enfermedad y de los efectos de la diálisis. Las personas que se ven sometidas a cualquiera de las dos modalidades de diálisis, hemodiálisis y diálisis peritoneal, comparten como estresores las restricciones en los líquidos, la debilidad o fatiga y la dependencia de los profesionales sanitarios. (18)

Entre los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la hemodiálisis son dignos de mención: las limitaciones para viajar, para realizar actividades físicas y en el tiempo disponible,; los picores y las náuseas; el miedo a empeorar, al pinchazo o al mal funcionamiento de la fistula, y el temor a un posible fallo de la máquina, al futuro, a los ingresos hospitalarios, así como la dependencia de la maquina. (19)

Cuando se comparan las dos modalidades de diálisis, las personas con mayores puntuaciones en ansiedad, son las sometidas a hemodiálisis, seguidas de las de diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria, aunque también se ha señalado que cuando las personas pasan de hemodiálisis a diálisis peritoneal el grado de ansiedad aumenta. Cuando el cambio de tratamiento es voluntario la ansiedad se suele atribuir a la preocupación que supone someterse a una nueva experiencia de tratamiento. Sin embargo, cuando el cambio se produce por problemas con la técnica de diálisis, la ansiedad puede ser aun mayor por la incertidumbre, respecto a la diálisis peritoneal y la experiencia negativa en hemodiálisis, o viceversa. (19)

Otro aspecto con el que parece correlacionar positivamente la ansiedad son las complicaciones físicas: a peores condiciones físicas mayor riesgo de ansiedad. Parker concluyo que las personas en hemodiálisis con mas complicaciones (exceso de peso, calambres, catarros, dolor de garganta, dolor de oído, etc.) son las que tienen mayores niveles de ansiedad. En esta misma línea, West indico que las mayores puntuaciones en ansiedad las manifestaban los pacientes en hemodiálisis que habían disminuido su capacidad funcional por complicaciones físicas. (18)

Un tema de interés consiste en determinar si los sujetos son capaces de habituarse al tratamiento, de manera que con el paso del tiempo se produzca una disminución de la ansiedad. En los pacientes en diálisis la

ansiedad parece disminuir con el paso del tiempo, lo cual puede estar relacionado con la adaptación a la técnica. (21)

Al hacer una comparación entre sexos, Miñarro, Simón y Castaño no encontraron diferencias entre las mujeres que estaban en diálisis y las trasplantadas, mientras que sí había diferencias estadísticamente significativas entre los hombres, siendo mayor la ansiedad en el grupo de varones en diálisis. Las diferencias entre hombres y mujeres las describió Livesley, siendo las mujeres las que tenían más ansiedad que los hombres, tal como parece suceder en la población general. (21)

En cuanto a la variable edad, la ansiedad es mayor en los pacientes más jóvenes, aproximadamente entre los 25 y 45 años, lo cual ha sido explicado porque existe mayor cantidad de responsabilidades en este intervalo de edad. Además, los niveles de ansiedad parecen ser mayores cuando la persona está casada, tiene hijos y desarrolla una actividad laboral. (20)

Entre las condiciones que disminuyen o rebajan la ansiedad, parece que el apoyo social tiene un papel importante. Aunque los datos anteriores apoyan la idea de que las personas con IRC sufren un grado de ansiedad elevado, algunos estudios cuestionan este extremo. En concreto, West, al comparar estos pacientes con sujetos procedentes de la población general y con grupos de pacientes atendidos en la práctica médica habitual, respectivamente no encontró diferencias estadísticamente significativas en ansiedad. Consideramos de interés el estudio de esta realidad ya que es posible que la

observación especial que se realiza sobre los pacientes renales esté sobrevalorando la ansiedad cuando ésta es una respuesta patológica muy frecuente en la población general. (19)

### **PROBLEMAS DE DEPRESION EN PERSONAS EN HEMODIÁLISIS**

La depresión y la ansiedad son las manifestaciones psicopatológicas mas frecuentes entre los pacientes renales. Sin embargo, la prevalencia y gravedad del trastorno depresivo no es fácil de establecer. Hay autores que consideran que pocos pacientes con IRC tienen depresión, mientras que otros hablan de un 50% con este diagnostico. Estos últimos explican la elevada prevalencia por la inestabilidad de las condiciones físicas, la presencia constante de síntomas y el sometimiento a una situación estresante como es el tratamiento sustitutivo de la función renal. (19)

Al comparar los índices de depresión en la población general con los de los enfermos renales, se ha encontrado que es mas frecuente estos últimos, aunque no alcanzan a los de los pacientes psiquiátricos, y son similares a los de otros enfermos crónicos. (20)

La variabilidad de resultados, en cuanto a la prevalencia de este trastorno en enfermos renales, se produce básicamente, por dos motivos: a) las diferencias en la gravedad y la naturaleza de las condiciones físicas de los pacientes y, b) las diferencias en los criterios de diagnostico utilizados, a pesar de evaluar con los mismos instrumentos. (20)

Sin que el problema del diagnóstico diferencial de la depresión en los pacientes renales esté totalmente resuelto, se han propuesto una serie de alternativas para reducir al mínimo las fuentes de error; entre ellas resaltan: desarrollar instrumentos específicos para este colectivo, utilizar varios instrumentos para evaluar la depresión, y hallar la correlación entre ellos para confirmar o ajustar los resultados, y diferenciar entre síntomas físicos y síntomas cognitivos en aquellos instrumentos que incluyen ambas categorías.

Por otro lado, hay síntomas físicos, derivados de la uremia, comunes a los derivados de un estado ánimo depresivo: apatía, dificultades para concentrarse, problemas relacionados con el sueño, anorexia, fatiga, disminución del deseo sexual, etc. Cuando estos síntomas se consideran indicadores de depresión se pueden producir muchos “falsos negativos” en el diagnóstico de la depresión. Por ello, los síntomas físicos característicos de la depresión que se solapan con los propios de la enfermedad renal o con los provocados por el tratamiento no deberían ser considerados al efectuar diagnósticos de depresión en estos pacientes. (19)

Del mismo modo que sucedía con la ansiedad, la depresión es una variable que predice la supervivencia del paciente, mejor incluso que la edad y las variables clínicas y analíticas, aunque, según parece, el mejor predictor de la supervivencia del sujeto consiste en la combinación de dos variables: depresión y ansiedad. (17)

Para comprender la relación entre depresión y supervivencia conviene tener en cuenta que los pacientes con depresión son los que siguen peor las prescripciones médicas, además de presentar un estado físico más deteriorado.

La presencia de depresión correlaciona fuertemente con la ansiedad excesiva, hasta el punto de que en muchos casos clínicos lo que aparece es un trastorno emocional global que incluye componentes de ansiedad y depresión. De hecho, gran parte de los factores predisponentes de la ansiedad son también los causantes de la depresión: incertidumbre respecto al futuro, dependencia de los servicios sanitarios, limitaciones en la capacidad funcional, cambios en el aspecto físico, etc. (16)

Además, las pérdidas a las que se ven sometidos estos pacientes contribuyen a explicar las respuestas de tristeza y la depresión. Entre éstas destacan la pérdida de salud, del trabajo, de la estabilidad, pérdida de movilidad y de libertad respecto a la dieta y a la ingesta de líquidos. Esto unido a una reducción de las actividades de ocio y divertimento explicaría la aparición de síntomas depresivos. Otro factor depresivo es la experiencia de indefensión, por lo poco o nada que puede hacer por sí mismo para cambiar sus condiciones físicas o las exigencias del tratamiento. Respecto a este punto, algunos autores han encontrado una relación inversa entre depresión y percepción de control, indicando que los sujetos que atribuyen sus

condiciones de salud a factores personales eran los que tenían mas depresión. (19)

En general, parece demostrado que un estado físico general malo favorece el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Por otro lado, en los enfermos sometidos a diálisis, la presencia de toxinas en el organismo provoca también la aparición de síntomas depresivos tales como pérdidas de memoria, dificultades de concentración, apatía anorexia, pérdida de peso, fatiga, disminución del deseo sexual, insomnio, etc. (20)

Los datos relativos a la relación entre edad y depresión no están claros. Probablemente los resultados dispares se deban al criterio para establecer la presencia de depresión, los instrumentos de medida y la influencia de otras variables confusoras. Similarmente, los resultados de ciertos estudios apuntan hacia niveles mayores de depresión en las mujeres, otros no encuentran diferencia en función del sexo. Aunque tradicionalmente la prevalencia de la depresión parece ser mayor en mujeres que en hombres, entre los enfermos en hemodiálisis el número de hombres deprimidos parece ser elevado, llegando a las dos terceras partes del total. (18)

El efecto de la actividad laboral sobre la depresión parece ser mas consistente, la mayoría de los resultados indican que los sujetos no activos laboralmente presentan mas crisis depresivas. Tampoco esta clara la influencia del tiempo en tratamiento en la depresión; no obstante, en general, los resultados apuntan hacia el mantenimiento de los niveles de

depresión en los enfermos sometidos a hemodiálisis, aunque en los tres primeros meses de tratamiento sea mayor. (20)

Otra variable que se ha hallado relacionada con la existencia de depresión es el “apoyo social”. Los pacientes con menor apoyo social tienen mas síntomas depresivos que los que gozan de mejor apoyo, especialmente cuando la percepción de disfunción física es mayor.

Finalmente algunas publicaciones han indicado que las “expectativas de los profesionales sanitarios” respecto a la evolución de la enfermedad pueden ser relevantes en la medida que lo comuniquen a los pacientes. Si éstas son elevadas y no responden a la percepción del paciente, favorecen el aumento de la depresión. (20)

### **PROBLEMAS SOCIALES EN PERSONAS EN HEMODIÁLISIS**

Hay múltiples situaciones sociales en las que la mayoría de las personas se sienten incómodas cuando alguien hace una crítica o recibe un elogio, al hablar en público, cuando desean decir no, al iniciar una conversación con un desconocido... Hay, por lo tanto, múltiples situaciones de riesgo para la aparición de problemas, de malestar. (19)

En el caso de las personas en hemodiálisis estas situaciones de riesgo se multiplican: tener que explicar las faltas al trabajo, hablar con los amigos de la propia salud, mostrar el brazo con la fístula... todo ello, junto a los síntomas físicos, favorece la disminución de las actividades sociales, especialmente las que requieren de mayor actividad física. (21)

De modo general, el mayor impacto de la IRC y la hemodiálisis es el que se produce en padres, hijos/as, esposos/as y, general, en todas las personas que conviven con el/la enfermo/a. (21)

Las familias que más afectadas se ven y a quienes más cuesta recuperarse son aquellas que no tienen recurso para afrontar las responsabilidades que anteriormente asumía la persona enferma. Por otra parte, el estado físico o emocional, las quejas del enfermo/a, las complicaciones, la atención sanitaria... influirán también en la reacción del resto de la familia ante la enfermedad. (19)

A menudo, la pareja, los padres e incluso los hijos se adaptan tanto a los cambios de actividad derivados de la hemodiálisis como a sus nuevas condiciones físicas, preocupándose más por los cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento y en la reducción o eliminación de los contactos sociales. Las quejas más frecuentes de los familiares que buscan ayuda psicológica para mejorar sus relaciones son que desde la entrada en diálisis el/la enfermo/a ha dejado de participar en actividades agradables que realmente sí puede realizar y que su comportamiento y ánimo es alegre y responsable, sino triste, dependiente y en muchas ocasiones agresivo. Como respuesta a los efectos negativos de la hemodiálisis en los familiares, han aparecido los grupos de apoyo a familiares.

**Para favorecer la rehabilitación de los pacientes en hemodiálisis es necesario que ésta se plantee como uno de los objetivos de la**

**intervención. Por otro lado, se deben diseñar y aplicar protocolos de evaluación e intervención psicosocial, resultando imprescindible el abordaje interdisciplinar para conseguir la máxima eficacia, ampliando la intervención de los profesionales médicos y de enfermería a la de psicólogos y trabajadores sociales.**

*“Las personas en hemodiálisis no sufren solo por la IRC y su tratamiento, sino por la forma de afrontarlos.”*

## **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS**

### **Importancia de la valoración de la calidad de vida en la insuficiencia renal.**

La insuficiencia renal crónica es por sus características una situación de gran impacto en la calidad de vida. Ya en estadios relativamente precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitutivos como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal corrigen solo parcialmente la uremia y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida. El trasplante funcionante restablece la función renal pero introduce patologías nuevas en relación con la inmuno supresión. (20)

Las características de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos diez años. Cada vez es mayor el número de pacientes en edad avanzada y con gran co-morbilidad que accede a los tratamientos sustitutivos; en muchos casos los pacientes a lo largo de su vida pasan por distintas

modalidades terapéuticas. Los objetivos de la calidad de vida y rehabilitación deberán responder a las necesidades concretas de cada grupo diferenciado de pacientes.

La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos viene dada no solo porque es una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad. Esta relación se hace evidente en los muchos factores comunes que aparecen al analizar estos parámetros. (21)

En 1988, cuando en Estados Unidos se inició el United States Renal Data System, el objetivo era recoger la incidencia, prevalencia y morbimortalidad de los pacientes con IRC. Cinco años después, en 1993, en la conferencia *Measuring, Managing and Improving Quality in End Stage Renal Disease Treatment Setting*, se concluyó que en la definición de diálisis adecuada, además de los parámetros clásicos como cinética de la urea, albúmina, etc., debe incluirse la calidad de vida que el paciente experimenta, siendo responsabilidad de los equipos sanitarios conseguir para cada paciente el grado máximo de bienestar y rehabilitación. Actualmente un gran número de protocolos que en todo el mundo estudian distintos aspectos del tratamiento de la IRC incluyen valoraciones periódicas de la calidad de vida, como uno de los parámetros básicos a valorar. La identificación de los factores que influyen en la calidad de vida permite actuaciones en este

sentido y ayuda a tomar decisiones sobre técnicas o tipos de tratamientos costosos, como la administración de eritropoyetina. (21)

### **CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad de vida irrumpe en la medicina paralelamente al cambio en las características de la enfermedad. Muchas de ellas son crónicas, es decir no susceptibles de curación; el tratamiento se dirige a lograr la mejoría funcional de los pacientes mediante la reducción de síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad. La enfermedad no desaparece, pero su impacto en la vida se atenúa. En la literatura se encuentran distintas definiciones de calidad de vida, aunque no exista una universalmente aceptada en todas se destaca el carácter subjetivo y multidimensional del concepto.

La calidad de vida es por su naturaleza un concepto subjetivo, porque depende de la relación del individuo con su vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, de sus objetivos, expectativas y logros. En la práctica clínica se comprueba con frecuencia que los factores objetivos dependientes de la enfermedad no guardan una relación estricta con la calidad de vida que el sujeto percibe. Niveles bajos de funcionalidad no se acompañan necesariamente de niveles bajos de satisfacción. Por otra parte, la percepción de la calidad de vida cambia con el tiempo. Esto puede deberse, en parte, a que las personas cambian sus expectativas y aspiraciones, acomodándolas a las circunstancias, y también a que cada

individuo de una valoración diferente a una determinada situación. En cuanto al aspecto multidimensional, no todos los autores están de acuerdo en qué áreas participan en la calidad de vida de un sujeto y en el peso que cada una de esas áreas tiene. En 1988, Joyce propuso unas áreas de consenso: física, cognitiva, afectiva, social y económica; a este modelo se añadió en 1994 una nueva dimensión: funciones del ego. Ante la necesidad unificar criterios, la OMS propuso en 1994 definir la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”(21)

Recientemente, la Universidad de California y la Rand Corporation han desarrollado conjuntamente una taxonomía para la calidad de vida relacionada con la salud, que abarca los dominios o áreas que actualmente se consideran integrantes de la salud. Estas áreas son cuatro: salud física, mental, social y general. La salud física incluye funcionalismo y movilidad, síntomas físicos y estado y gravedad de la enfermedad. La salud mental abarca el bienestar (que incluye el autocontrol y la satisfacción vital), la autonomía, el estrés psicosocial (que incluye la ansiedad y la depresión) y la función cognitiva. La salud social comprende la capacidad de relacionarse con los demás, la sexualidad y la satisfacción con los contactos sociales. Finalmente, en la salud general se incluyen el dolor, energía/fatiga y la situación global de salud.(21)

## **CALIDAD DE VIDA EN HEMODIÁLISIS**

Hay numerosos trabajos que analizan la calidad de vida de los pacientes diálisis. En 1981, Gutman y cols. Revisaron los datos de 2482 pacientes en diálisis, utilizando la escala de Karnofsky y la situación laboral. El 60% de los no diabéticos y una mayor proporción entre los diabéticos presentaban graves limitaciones funcionales. En el estudio clasico de la National Kidney Dialysis and Kidney Transplantation Study sobre 859 pacientes, las medidas funcionales de los pacientes en diálisis eran peores que las de la población normal, mientras las subjetivas estaban menos afectadas. Estos primeros datos se confirman en estudios posteriores, como el de Bremer y cols., en 489 casos. En cinco estudios que utilizan el SF-36 otro instrumento de medida de la calidad de vida, repetidamente las peores puntuaciones aparecen en los aspectos funcionales y la valoración global de la salud, y las mejores en bienestar emocional y función social. Los aspectos físicos, por tanto, parecen dominantes en la rehabilitación potencial. Los pacientes refieren dificultades para desarrollar su actividad normal y a menudo se encuentran cansados y no se sienten “bien”.(20)

La National Kidney Foundation ha realizado un trabajo prospectivo de dos años de duración sobre mil pacientes utilizando el SF-36, comprando los resultados con los de una población sana de 2474 sujetos. La función física es la mas afectada, mientras que la mental es la mas cercana a la norma, y en sus datos la medida del estado funcional tiene el mismo valor

predictivos sobre la mortalidad y la hospitalización. El Grupo Multicéntrico Holandés obtuvo resultados similares al comparar la calidad de vida de 226 pacientes a los tres meses de iniciar hemodiálisis o diálisis peritoneal con un grupo similar de población general. Los diferentes estudios obtienen resultados concordantes, mayor afectación de los aspectos físicos, estando más respetados los aspectos psicológicos y mentales, sugiriendo que estos pacientes responden a un determinado “perfil”. (20)

### **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS**

En los últimos años se han realizado numerosos estudios sobre la calidad de vida en la IRC, lo que ha permitido reconocer muchos de los factores implicados en ella. En 1993, el Grupo Multicéntrico Español de Estudio de Calidad de Vida en la IRC llevó a cabo un estudio transversal para evaluar la calidad de vida de los pacientes en diálisis, tratando de identificar los factores con mayor influencia. Participaron 1013 pacientes de 42 centros, escogidos aleatoriamente, estables en diálisis. Como instrumentos de calidad de vida se utilizaron el índice de Karnofsky y el Sickness Impact Profile, autocontestados por los pacientes. Se recogieron edad, sexo, etiología de la IRC, tiempo en diálisis y características de la técnica, trasplante previo fallido y tratamiento con Eritropoyetina, así como la situación laboral y los niveles de estudio y socioeconómico. La comorbilidad se valoró mediante el índice de Friedman, que recoge la

presencia y severidad de trece posibles patologías. Se registró la presencia de ceguera, claudicación o diabetes. Se incluyeron los valores de urea, creatinina, hemoglobina y hematocrito.(21)

En el análisis multivariante los factores relacionados con mejor calidad de vida en la dimensión física del Sickness Impact Profile fueron el mejor nivel socioeconómico y cultural y los valores de hemoglobina, mientras que la edad, la mayor comorbilidad, el sexo femenino y la presencia de diabetes eran factores negativos. Los mismos factores aparecen en la dimensión psicosocial y global y en el índice de Karnofsky. Los pacientes mayores y los de mayor comorbilidad tienen menor capacidad funcional y mas repercusión de la enfermedad en su CV. El sexo femenino y la diabetes son factores relacionados negativamente con la dimensión global y física del Sickness Impact Profile.

Estos resultados son concordantes con los obtenidos en otros estudios: la edad, sexo femenino, comorbilidad, anemia, situación laboral y nivel socioeducacional tienen gran impacto en la calidad de vida. Otros trabajos muestran la influencia de otros factores como la tolerancia en diálisis, depresión factores psicosociales y de adaptación, manejo y situación pre-diálisis.(21)

La comorbilidad tiene un gran peso específico sobre la calidad de vida en todos los trabajos que la valoran. Cada vez son as los pacientes que inician diálisis que presentan importante patología asociada, sobre todo a nivel

cardiovascular, diabéticos, etc. En este tipo de pacientes es fundamental el control, prevención y tratamiento precoz de estas patologías, así como la pauta de diálisis mas adecuada a su situación. La comorbilidad es responsable en muchos casos de la discontinuación del tratamiento, que es una causa creciente de mortalidad. (21)

La influencia de la tolerancia a la diálisis sobre la calidad de vida, sin duda, debe ser importante, puesto que pacientes con frecuentes episodios de hipotensión, calambres y cefaleas pasan las horas siguientes a la sesión incapaces de realizar su actividad normal. Técnicas que mejoren la tolerancia pueden ser útiles en este sentido. Distintos grupos observan mejoría en la estabilidad intradiálisis con diálisis corta diaria. La calidad de vida valorada mediante el SF-36 mejora significativamente a nivel de energía, funcionamiento físico y salud mental. Los resultados a largo plazo deberán evaluarse, pero en pacientes con cardiopatía severa, neuropatía autonómica o patologías que condicionen mala tolerancia puede ser una alternativa útil.

## **TERMINOLOGÍA BÁSICA**

**Anhedonia:** Incapacidad para sentir placer o satisfacción a partir de experiencias que por lo común resultan placenteras.

**Abulia:** Se define la abulia como una disminución de la energía de la voluntad. Al abúlico le falta voluntad para hacer las cosas, siempre está cansado, fatigado. Suele ser un síntoma de la depresión y se expresa por el que lo siente como Adaptación: Es una reacción de la persona como forma de responder a una situación o circunstancia. La consecuencia de la adaptación es la modificación del comportamiento

**Antidepresivos:** Son fármacos que usan para librar el estrés.

**Eufórico:** Estado de excitación de una persona.

**Psicoterapia:** Grupo numeroso de métodos para el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales mediante técnicas psicológicas en lugar de utilizar medios físicos. Algunos de los objetivos de la psicoterapia son cambiar los modelos conductuales de inadaptación, mejorar las relaciones interpersonales, resolver los conflictos internos que provocan sufrimiento personal, modificar las ideas inexactas sobre el yo y sobre el entorno y potenciar un sentimiento definido de auto identidad que favorezca el desarrollo individual para lograr una existencia plena y llena de significado.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Tipo y diseño de la Investigación**

**4.1.1. Tipo de Investigación:** Investigación aplicada, ya que además de contribuir con nuevos conocimientos de los ya existentes con relación a la Musicoterapia y su efecto en la depresión puede ser aplicado a la realidad en los pacientes que padecen de Insuficiencia renal crónica. Además se busca familiarizarnos con un fenómeno que no es muy conocido en la localidad, además se pretende describir la conducta, los efectos y las reacciones de los pacientes después de aplicarles la Musicoterapia.

### **4.1.2. Diseño de la Investigación:**

- Según la profundidad del estudio: Descriptivo - explicativo
- Según el ámbito: Documental

La población o universo estará constituido por el total de pacientes que padecen insuficiencia renal crónica y que están sometidos a hemodiálisis periódicas en el hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en Calana. De la población se seleccionará una muestra de acuerdo a un estudio de casos específicos previa evaluación con un test de evaluación de la depresión de Yesavage, el cual es un test de evaluación dirigida a pacientes geriátricos con la finalidad de centrarnos en el aspecto subjetivo del paciente escogiendo casos con niveles de depresión moderados a altos. Luego se invita y se explica como

serán las sesiones de música y por espacio de 4 meses asociados a entrevistas pre y post-sesiones y luego se procede a realizar un estudio de casos por medio de la observación naturalista y aplicación de musicoterapia.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes portadores de insuficiencia renal crónica y que asisten en forma periódica a sesiones de hemodiálisis en la unidad de Hemodiálisis del hospital Daniel A. Carrión de Calana y que obtuvieron resultados en el test de depresión de Yesavage compatibles con niveles de depresión moderada a severa.
- Pacientes que obtuvieron resultados compatibles con niveles de depresión moderada a severa contando con su consentimiento y disposición a ser sometido a las sesiones de música y a las entrevistas, además de mostrar interés por la realización del estudio.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes portadores de insuficiencia renal crónica y que asisten en forma periódica a sesiones de hemodiálisis en la unidad de Hemodiálisis del hospital Daniel A. Carrión de Calana y presentan

hipoacusia bilateral o alteración de la conciencia lo que imposibilita o dificulta la entrevista y posterior aplicación del test de depresión de Yesavage.

- Pacientes que obtuvieron resultados en el test de depresión de Yesavage compatibles con niveles de depresión moderada a severa que se negaron en forma repetitiva a las sesiones de música y a las entrevistas posteriores.

#### **TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS**

- Para el proceso de recolección de datos se procedió a una pequeña entrevista a los pacientes que asisten a la unidad de hemodiálisis y se les explicó la razón del estudio y se procedió a aplicar el test de depresión de Yesavage, teniendo en cuenta los criterios de exclusión y luego se seleccionó a los pacientes que obtuvieron resultados compatibles a niveles de depresión moderada y severa dentro de los cuales también se discriminó a pacientes que se negaron a iniciar las sesiones de música y a las entrevistas asociadas.
- El grupo de trabajo constó de 30 pacientes a los cuales se les amplió los datos personales además de aplicar la ficha de Musicoterapia.
- Las sesiones de música se aplicaban 3 veces por semana durante sus sesiones de diálisis realizándose previamente una pequeña entrevista en

la cual se precisaba el estado anímico del momento y de la disposición a escuchar música.

- Las sesiones se aplicaban con música de acuerdo al gusto musical del paciente, de preferencia de tipo instrumental (por ejemplo huayno instrumental, música criolla instrumental) con audífonos y reproductor de CD portátil, de duración de aproximadamente entre 60 y 90 minutos por sesión.
- Luego se procedió a una pequeña entrevista post exposición a la sesión de música, en la cual expresaba la percepción que tuvo de la música escuchada.
- Las sesiones se repitieron por 4 meses, cumpliendo gran parte del grupo de trabajo las 45 sesiones de música. Cumplidos los 4 meses de trabajo se procedió a realizar otra vez el test de depresión de Yesavage.

En el presente trabajo de investigación como técnicas para el procesamiento de la información y análisis de datos se han considerado las siguientes: Discriminación, codificación, tabulación.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Terminada la recolección de datos y sesiones de música se procedió al procesamiento de los mismos en el programa Microsoft Excel para su análisis estadístico. Las distribuciones de frecuencias se presentaran por medio de gráficos elaborados en barras simples con sus respectivos porcentajes de acuerdo a los resultados obtenidos.

## V. RESULTADOS

**TABLA N° 1**

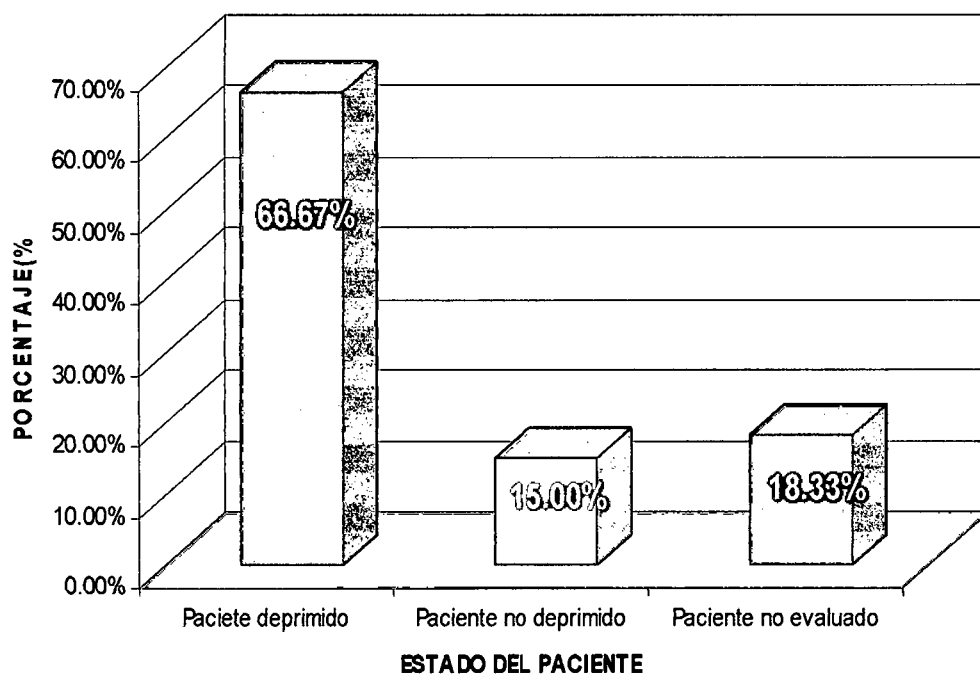
**FRECUENCIA SEGÚN ESTADO AFECTIVO DEL PACIENTE DE LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>Estado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Paciente deprimido</b>	40	66,67%
<b>Paciente no deprimido</b>	9	15,00%
<b>Paciente no evaluado</b>	11	18,33%
<b>TOTAL</b>	60	100%

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa (ver anexo)

**En la Tabla N° 1** se evidencia que existe mayor frecuencia de pacientes deprimidos con 40 pacientes (66,67%), 9 pacientes no deprimidos (15%) y 11 pacientes no evaluados por alteración de la conciencia, hipoacusia bilateral, negativa repetida a la entrevista entre otras causas.

**GRAFICO N°1**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN ESTADO EMOCIONAL DEL**  
**PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A.**  
**CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 2**

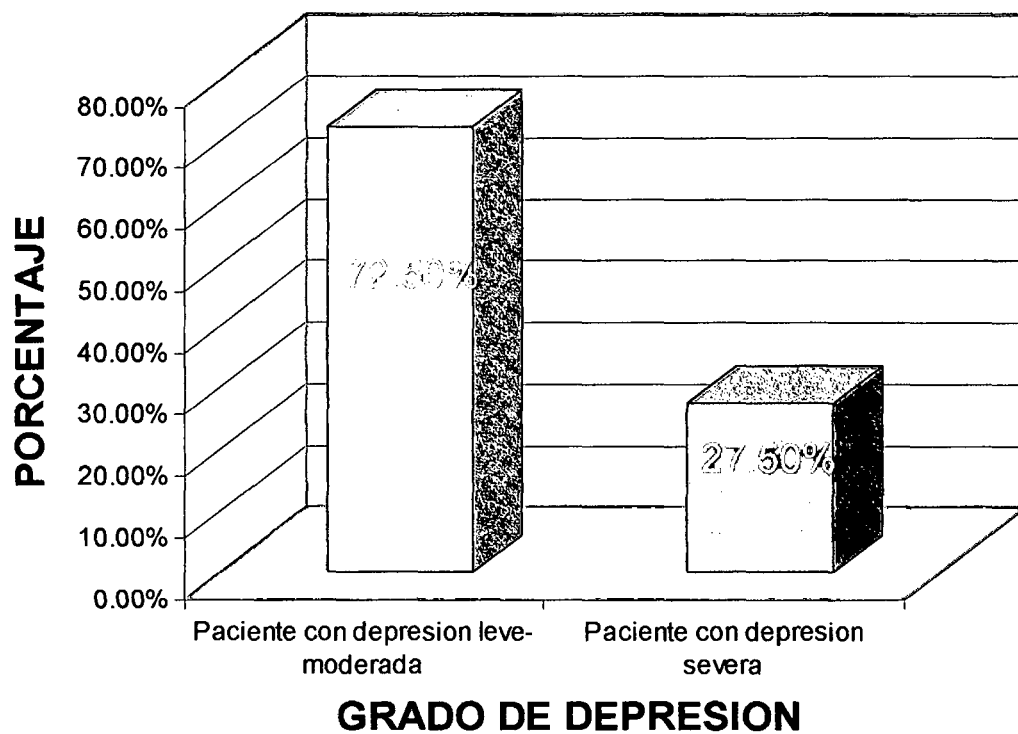
**FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE DEPRESION EN PACIENTES DE LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>ESTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Paciente con depresión leve-moderada</b>	29	72,50%
<b>Paciente con depresión severa</b>	11	27,50%
<b>TOTAL</b>	40	100%

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa (ver anexo)

En la Tabla N° 2 se evidencia que hay mayor frecuencia de pacientes con depresión leve-moderada siendo 29 pacientes (72,50%) con relación a los pacientes con depresión severa siendo 11 pacientes (27,5%), los cuales eran muy lábiles emocionalmente

**GRAFICO N°2**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE DEPRESION EN**  
**PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL**  
**A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 3**

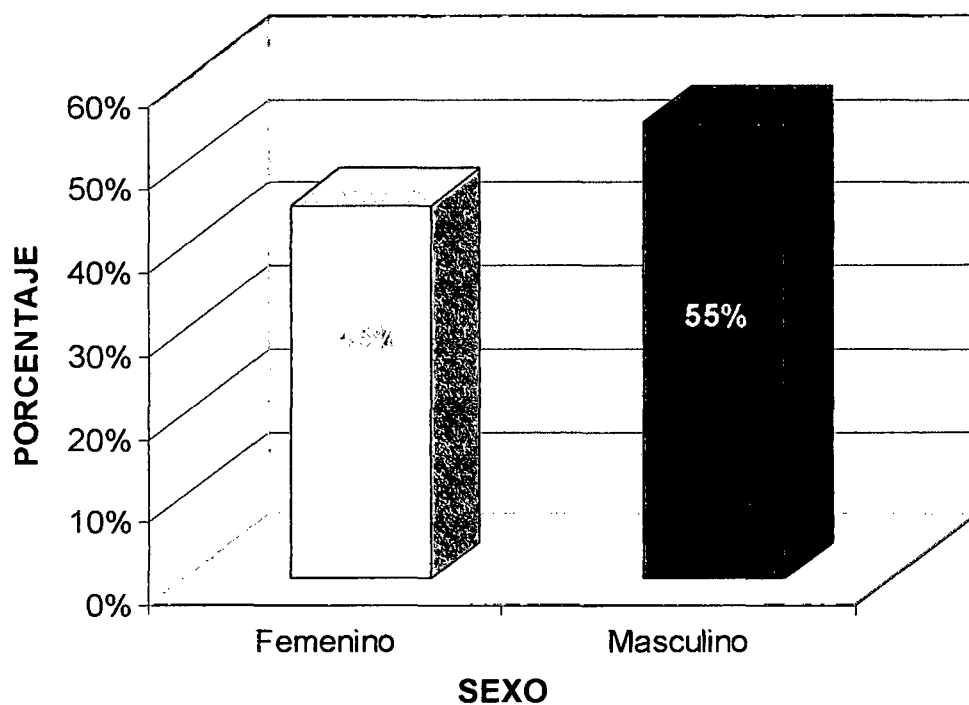
**FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE PACIENTES DEPRIMIDOS DE LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Femenino</b>	18	45%
<b>Masculino</b>	22	55%
<b>TOTAL</b>	40	100%

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa (ver anexo)

En la Tabla N° 3 se evidencia que hay mayor frecuencia de pacientes de sexo masculino con depresión siendo 22 pacientes (55%) con relación a los pacientes de sexo femenino siendo 18 pacientes (45%)

**GRAFICO N°3**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SEXO DE PACIENTE DEPRIMIDO**  
**EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DE DEL HOSPITAL DANIEL A.**  
**CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 4**

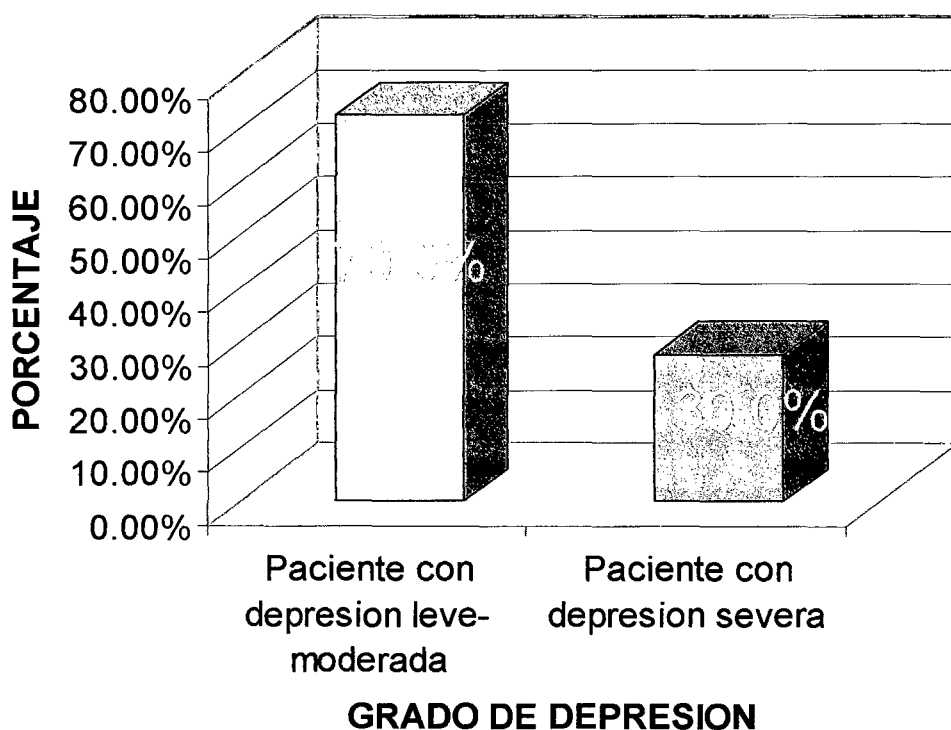
**FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
SELECCIONADOS PARA APLICACIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>ESTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Paciente con depresión leve-moderada</b>	21	70,00%
<b>Paciente con depresión severa</b>	9	30,00%
<b>TOTAL</b>	30	100%

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa (ver anexo)

En la Tabla N° 4 se evidencia que hay mayor frecuencia de pacientes con depresión leve-moderada siendo 21 pacientes (70%) con relación a los pacientes con depresión severa siendo 9 pacientes (30%) tomados de la población de 40 pacientes deprimidos y seleccionados 30 con los cuales se realiza el trabajo.

**GRAFICO N°4**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN GRADO DE DEPRESION EN**  
**PACIENTES SELECCIONADOS PARA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD**  
**DE HEMODIALISIS DE HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 5**

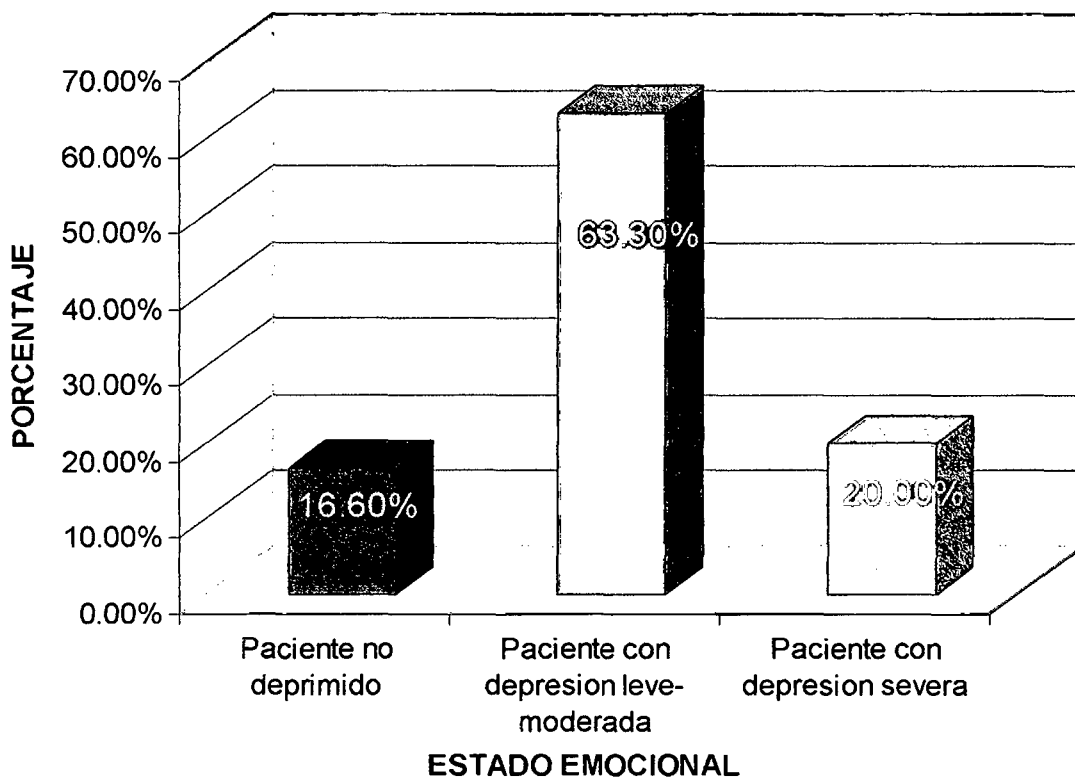
**FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
SELECCIONADOS TRAS 4 MESES DE MUSICOTERAPIA EN LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>ESTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Paciente no deprimido</b>	5	16,60%
<b>Paciente con depresión leve-moderada</b>	19	63,30%
<b>Paciente con depresión severa</b>	6	20,00%
<b>TOTAL</b>	30	100%

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa (ver anexo)

En la Tabla N° 5 se evidencia que hay menor frecuencia de pacientes con depresión leve-moderada siendo de 19 (63,3%) con relación a 21 pacientes (70%) antes de la aplicación de la música. En cuanto a los pacientes con depresión severa también hay menor frecuencia de pacientes siendo 6 pacientes (20%) con relación a 9 pacientes (30%), además de un nuevo grupo de pacientes no deprimidos con una frecuencia de 5 pacientes (16,6%), lo cual evidencia los efectos de la música

**GRAFICO N°5**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES SEGUN GRADO DE**  
**DEPRESION TRAS 4 MESES DE MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE**  
**HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 6**

**FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE PACIENTES SELECCIONADOS  
PARA LA APLICACIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE  
HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA**

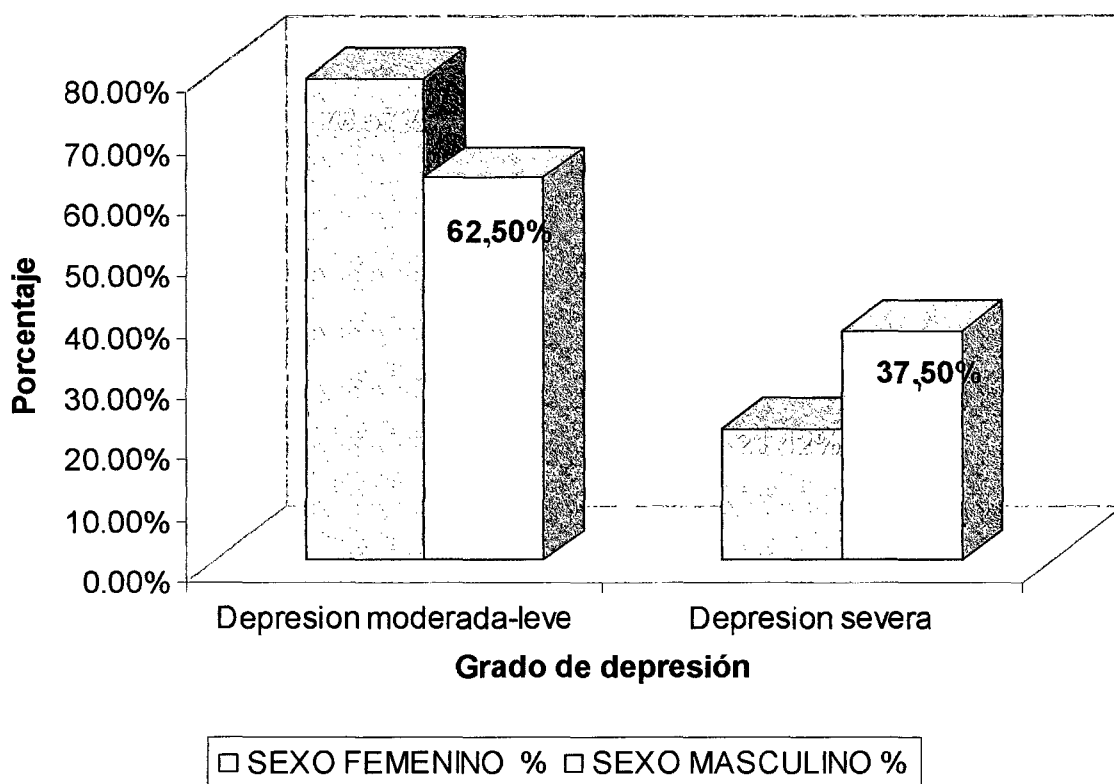
**2007**

CONDICION	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Depresión moderada-leve	11	78,57%	10	62,50%
Depresión severa	3	21,42%	6	37,50%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa y ficha de musicoterapia (ver anexo)

En la Tabla N° 6 se evidencia que del grupo de 30 pacientes seleccionados. 16 pacientes son del sexo masculino y 14 del sexo femenino, además se evidencia que hay mas pacientes de género femenino con depresión leve-moderada (78,57%) en relación al género masculino (62,5%). Es inversa la relación en cuanto a la depresión severa siendo mayor en el género masculino (37,5%) en relación al género femenino (21,42%)

**GRAFICO N°6**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES DEPRIMIDOS SEGÚN**  
**SEXO SELECCIONADOS PARA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE**  
**HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 7**

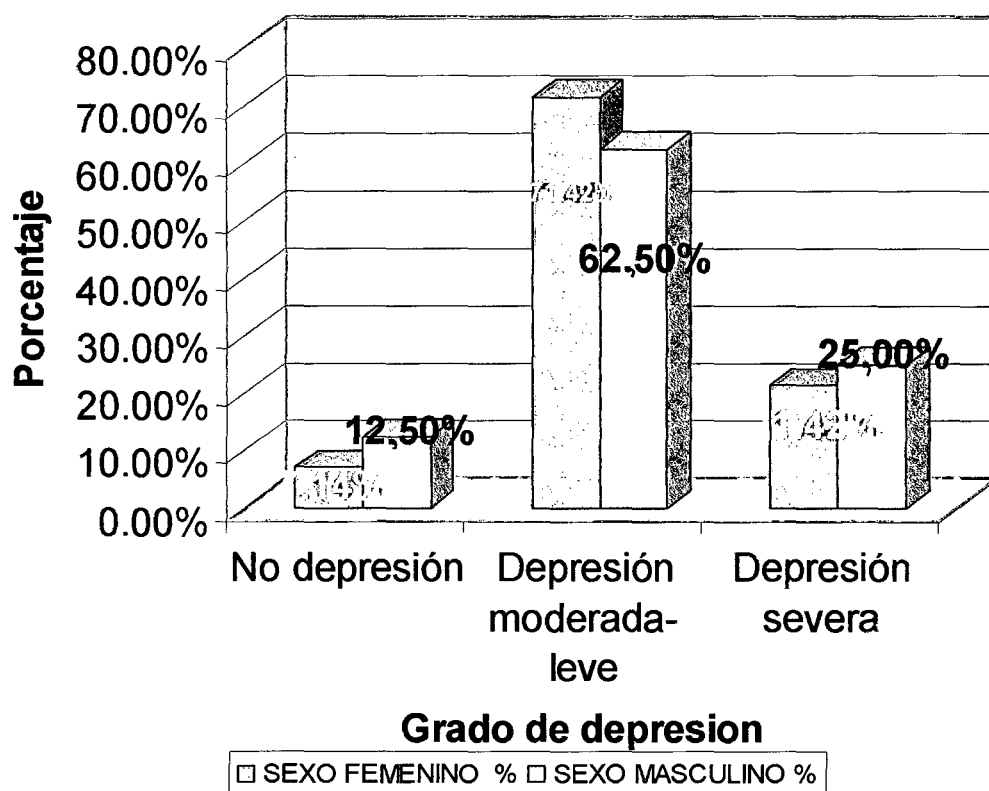
**FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE PACIENTES TRAS 4 MESES DE  
MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL  
HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**

CONDICION	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
No depresión	1	7,14%	2	12,50%
Depresión moderada-leve	10	71,42%	10	62,50%
Depresión severa	3	21,42%	4	25,00%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Escala de depresión de Yesavage y entrevista directa y ficha de musicoterapia (ver anexo)

En la Tabla N° 7 se evidencia que hay menor frecuencia de pacientes con depresión leve-moderada en el genero femenino siendo de 10 pacientes (71,42) con relación a 11 pacientes (78,57%). Con relación al genero masculino se mantuvo la frecuencia de pacientes con depresión leve-moderada, por la disminución de la frecuencia de pacientes con depresión severa que antes era de 6 pacientes (37,5%) a 4 pacientes (25%). Además de un nuevo grupo de pacientes no deprimidos siendo mayor la frecuencia de pacientes de género masculino (12,5%).

**GRAFICO N°7**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES DEPRIMIDOS SEGÚN**  
**SEXO TRAS 4 MESES DE MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE**  
**HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN DE TACNA 2007**



**TABLA N° 8**

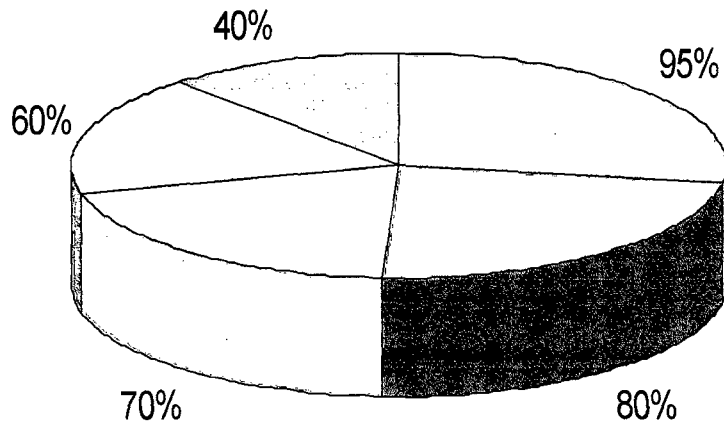
**FRECUENCIA PORCENTUAL DE LOS EFECTOS DE LA  
MUSICOTERAPIA MANIFESTADOS POR LOS PACIENTES TRAS 4  
MESES DE MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS  
DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**

<b>Efectos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Estimula la expresión de los problemas</b>	95%
<b>Fomenta la interrelación social</b>	80%
<b>Incita a la relajación y al sueño</b>	70%
<b>Reducción de ansiedad durante la diálisis</b>	60%
<b>Disminuye sensación de tristeza</b>	40%

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista post-musicoterapia

En la Tabla N° 8 se evidencia que hay mayor porcentaje de pacientes que manifestaron sentirse estimulados a expresarse y a una mayor comunicación de carácter profundo con el terapeuta encargado (95%), además de sensación de relajación y disminución de ansiedad durante las sesiones de diálisis en un 70% y 60% respectivamente. También se notó que no expresaron tras la entrevista disminución manifiesta de la sensación de tristeza.

**GRAFICO N°8**  
**EFFECTOS DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA TRAS 4 MESES EN**  
**PACIENTES DEPRIMIDOS DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL**  
**HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**



- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estimula la expresión de los problemas | <input type="checkbox"/> Fomenta la interrelación social           |
| <input type="checkbox"/> Incita a la relajación y al sueño      | <input type="checkbox"/> Reducción de ansiedad durante la diálisis |
| <input type="checkbox"/> Disminuye sensación de tristeza        |  |

**TABLA N° 9**

**TIEMPO EN PROMEDIO DE LAS MANIFESTACIONES DE LA  
MUSICOTERAPIA EN PACIENTES TRAS 4 MESES EN LA UNIDAD  
DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA  
2007**

<b>Efectos</b>	<b>tiempo (semanas)</b>	<b>sesiones</b>
<b>Estimula la expresión de los problemas</b>	2 semanas	5
<b>Fomenta la interrelación social</b>	2 semanas	7
<b>Incita a la relajación y al sueño</b>	2 semanas	4
<b>Reducción de ansiedad durante la diálisis</b>	10 semanas	30
<b>Disminuye sensación de tristeza</b>	16 semanas	45

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista post-musicoterapia

En la Tabla N° 9 se evidencia que las manifestaciones a sentirse estimulados a expresarse y a una mayor comunicación de carácter profundo con el terapeuta encargado (95%) se dan en las primeras 2 semanas , además de sensación de relajación. En cuanto a la disminución de ansiedad durante las sesiones de diálisis los pacientes refieren sentirse menos ansiosos durante la diálisis a las 10 semanas de iniciadas las sesiones. También se notó que aproximadamente a las 16 semanas refirieron disminución de sensación de tristeza, resaltando que gran parte de los pacientes seleccionados no expresaron tras la entrevista disminución manifiesta de la sensación de tristeza.

**TABLA N° 10**

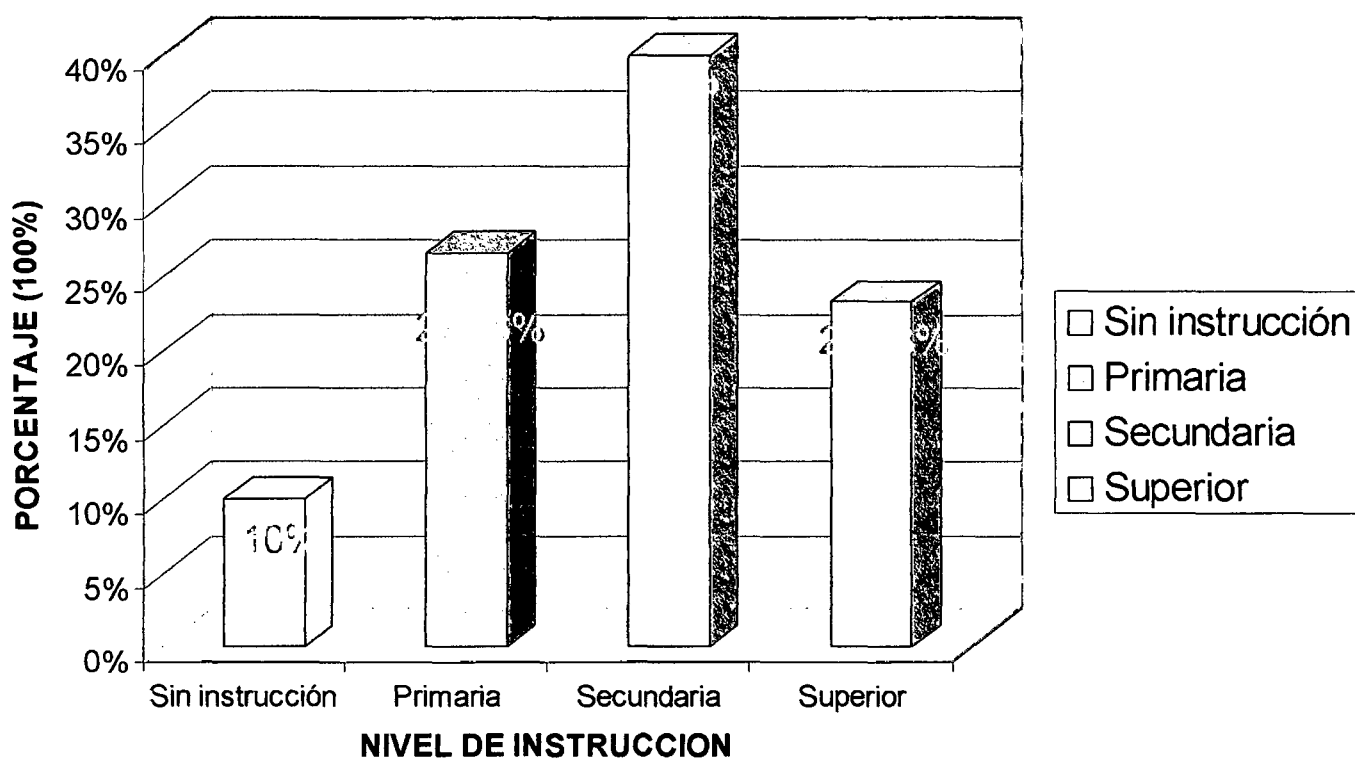
**FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES  
SELECCIONADOS PARA APLICACIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LA  
UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION  
DE TACNA 2007**

<b>Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin instrucción</b>	3	10%
<b>Primaria</b>	8	26,66%
<b>Secundaria</b>	12	40%
<b>Superior</b>	7	23,33%
<b>TOTAL</b>	30	100%

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista directa

En la Tabla N° 10 se evidencia que del grupo seleccionado de 30 pacientes hay una mayor frecuencia de pacientes de instrucción de nivel secundaria siendo de 12 pacientes (40%), seguidos de pacientes del nivel primario siendo de 8 pacientes (26,66%), seguido de pacientes de nivel superior siendo de 7 pacientes (23,33%)

**GRAFICO N°10**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION EN**  
**PACIENTES DEPRIMIDOS DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL**  
**HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 11**

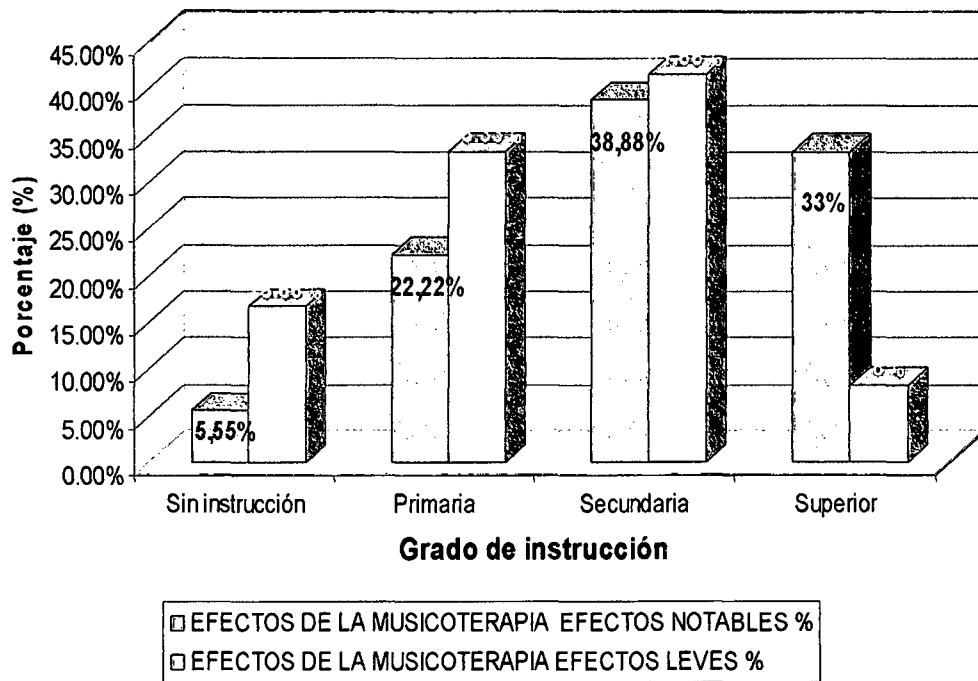
**DISTRIBUCION DE NIVEL DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LOS EFECTOS  
DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES SELECCIONADOS DE  
LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A.  
CARRION DE TACNA 2007**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA			
	EFECTOS NOTABLES		EFECTOS LEVES	
	N	%	N	%
<b>Sin instrucción</b>	1	5,55%	2	16,66%
<b>Primaria</b>	4	22,22%	4	33,33%
<b>Secundaria</b>	7	38,88%	5	41,66%
<b>Superior</b>	6	33%	1	8%
<b>TOTAL</b>	18	100%	12	100%

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista directa post-musicoterapia

En la Tabla N° 11 se evidencia que del grupo seleccionado de 30 pacientes tras la aplicación de las sesiones de música hay una mayor frecuencia de pacientes de instrucción de nivel superior que refieren efectos notables (33%) en relación a 1 paciente (8%), los de nivel primario solo 4 pacientes (22,22%) refiere efectos notables.

**GRAFICO N°11**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EFECTOS**  
**DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES DEPRIMIDOS EN LA UNIDAD DE**  
**HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN**



**TABLA N° 12**

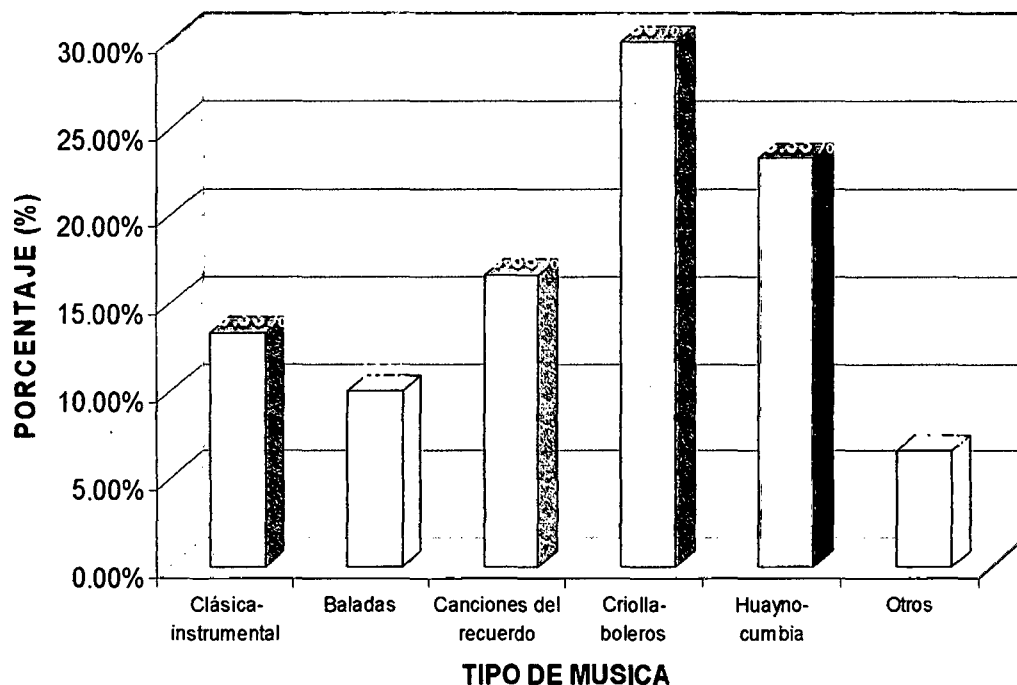
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GUSTO MUSICAL DE LOS  
PACIENTES SELECCIONADOS PARA APLICACIÓN DE  
MUSICOTERAPIA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL  
HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**

<b>TIPO DE MUSICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Clásica-instrumental</b>	4	13,33%
<b>Baladas</b>	3	10%
<b>Canciones del recuerdo</b>	5	16,66%
<b>Criolla-boleros</b>	9	30%
<b>Huayno-cumbia</b>	7	23,33%
<b>Otros</b>	2	6,66%
<b>TOTAL</b>	30	100%

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista directa post-musicoterapia

En la Tabla N° 12 se evidencia que del grupo seleccionado de 30 pacientes hay mayor frecuencia de pacientes que refieren gustar de música criolla y boleros siendo de 9 pacientes (30%), seguidos de los que gustan de huayno y cumbia siendo de 7 pacientes ( 23,33%) seguidos de los que gustan de canciones del recuerdo siendo de 5 pacientes ( 16,66%). Se evidencia además que hay pocos pacientes deprimidos que refieren tener como gusto musical a la música clásica e instrumental siendo de 4 pacientes (13,33%)

**GRAFICO N°12**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE GUSTO MUSICAL DEL PACIENTE**  
**DEPRIMIDO DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL**  
**A. CARRION DE TACNA 2007**



**TABLA N° 13**

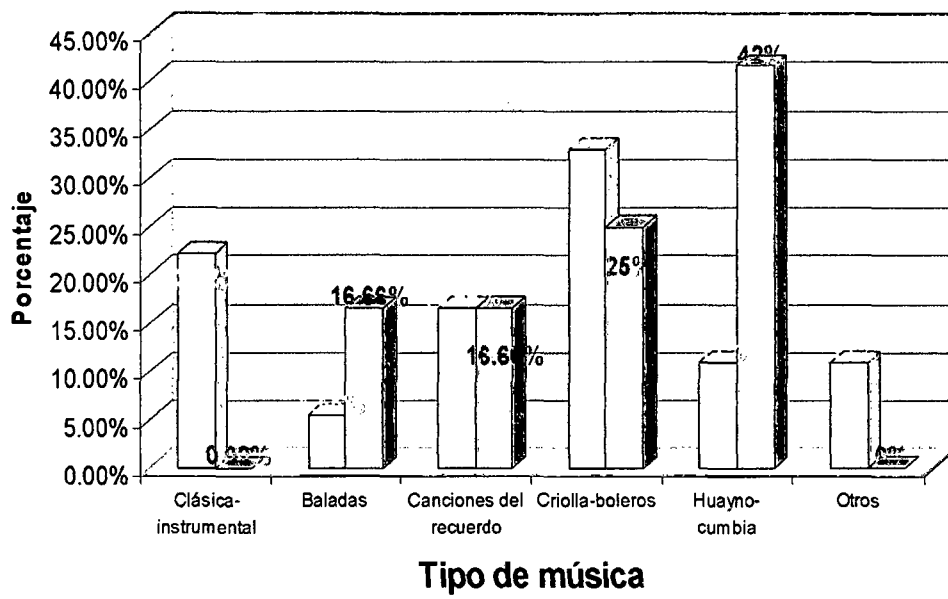
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL GUSTO MUSICAL EN  
RELACIÓN A LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE  
MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL  
HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE TACNA 2007**

<b>TIPO DE MUSICA</b>	<b>EFECTOS</b>			
	<b>EFECTOS NOTABLES</b>		<b>EFECTOS LEVES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Clásica-instrumental</b>	4	22,22%	0	0,00%
<b>Baladas</b>	1	5,55%	2	16,66%
<b>Canciones del recuerdo</b>	3	16,66%	2	16,66%
<b>Criolla-boleros</b>	6	33%	3	25%
<b>Huayno-cumbia</b>	2	11%	5	42%
<b>Otros</b>	2	11%	0	0%
<b>TOTAL</b>	18	100%	12	100%

FUENTE: Ficha de Musicoterapia y entrevista directa post-musicoterapia

En la Tabla N° 13 se evidencia que del grupo seleccionado de 30 pacientes hay mayor frecuencia de pacientes que refieren EFECTOS NOTABLES tras las sesiones en los que gustan de la música clásica e instrumental siendo de 4 pacientes (22,22%) y ninguno refiere efectos leves, además de los que gustan de la música huayno y cumbia no refieren efectos notables siendo la frecuencia de 2 pacientes (11%) a comparación de los que refieren efectos leves siendo de 5 pacientes (42%)

**GRAFICO N° 13**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE RELACION DE TIPO DE MUSICA CON**  
**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN PACIENTES DEPRIMIDOS DE LA**  
**UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRION DE**  
**TACNA 2007**



□ EFFECTOS NOTABLES %    □ EFFECTOS LEVES %

## VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio se hace evidente que la depresión y la ansiedad son las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes entre los pacientes renales. Sin embargo, la prevalencia y gravedad del trastorno depresivo no es fácil de establecer. Hay autores como McClellan y cols., consideran que pocos pacientes con IRC tienen depresión, mientras que otros hablan de un 50% con este diagnóstico. Estos últimos explican la elevada prevalencia por la inestabilidad de las condiciones físicas, la presencia constante de síntomas y el sometimiento a una situación estresante como es el tratamiento sustitutivo de la función renal. Se coincide en que la prevalencia y gravedad del trastorno depresivo no se establece fácilmente comprobándose la dificultad en el lugar del estudio, además de evidenciarse en más del 60% de los pacientes evaluados niveles de depresión.

Por otro lado, hay síntomas físicos, derivados de la uremia, comunes a los derivados de un estado de ánimo depresivo: apatía, dificultades para concentrarse, problemas relacionados con el sueño, anorexia, fatiga, disminución del deseo sexual, etc. Cuando estos síntomas se consideran indicadores de depresión se pueden producir muchos “falsos negativos” en el diagnóstico de la depresión. Por ello, los síntomas físicos característicos de la depresión que se solapan con los propios de la enfermedad renal o con

los provocados por el tratamiento no deberían ser considerados al efectuar diagnósticos de depresión en estos pacientes.

Del mismo modo que sucedía con la ansiedad, la depresión es una variable que predice la supervivencia del paciente, teniendo en cuenta que los pacientes deprimidos son los que siguen peor las prescripciones médicas además de presentar un estado físico más deteriorado; según parece, el mejor predictor de la supervivencia del sujeto consiste en la combinación de dos variables: depresión y ansiedad. West encontró que los pacientes con niveles de depresión severa físicamente estaban más deteriorados y con menor calidad de vida. Se coincide en que la depresión severa evidencia a un paciente físicamente deteriorado en grado mayor que los pacientes no deprimidos.

Los resultados de ciertos estudios apuntan hacia niveles mayores de depresión en las mujeres, otros no encuentran diferencia en función del sexo. Al hacer una comparación entre sexos Miñarro, Simón y Castaño no encontraron estadísticamente diferencias significativas entre sexos. Aunque tradicionalmente la prevalencia de la depresión parece ser mayor en mujeres que en hombres, entre los enfermos en hemodiálisis el número de hombres deprimidos parece ser elevado, llegando a las dos terceras partes del total, lo cual lo describió Livesley. Esto coincide con el resultado obtenido tras la aplicación del test de depresión de Yesavage, habiendo más

hombres con niveles de depresión, lo cual no indica que tengan niveles mayores de depresión severa.

Algunos pacientes en diálisis expresan sus sentimientos (no cumplen la dieta ni la medicación, llegan tarde o faltan a la sesión de diálisis) o se enfadan con el equipo responsable del tratamiento. Sin embargo, muchos pacientes expresan sus sentimientos y dirigen su energía de una forma productiva. Se evidencia que pocos pacientes dirigen su energía en forma productiva, se considera que se debe a que los pacientes entrevistados son personas que ya no trabajan, siendo gran parte jubilados.

El impacto de la insuficiencia renal crónica parece fundamentalmente determinado por el tratamiento, siendo el que mas afecta al bienestar de los afectados la hemodiálisis, por el modo en que evolucionan los síntomas físicos y las enfermedades concomitantes, así como por el tipo de estrategia de afrontamiento que emplee cada paciente para adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad. Se evidencia en las entrevistas en gran parte de los pacientes el poco deseo de continuar las sesiones de diálisis por el deterioro físico progresivo, las emociones negativas se incrementan como consecuencia de la “desesperanza” y del nulo control sobre su situación. Además, la incertidumbre respecto al futuro favorece la inhibición para desarrollar actividades sistemáticas.

Se evidencia que la musicoterapia es un proceso. Es una secuencia de sucesos que tienen lugar en el tiempo para el paciente y el terapeuta, y en las áreas musicales y no musicales. No es una intervención terapéutica aislada o una única experiencia musical que lleva a una espontánea cura repentina. Para el paciente, la terapia es un proceso de cambio gradual que conduce a un estado deseado.

La aplicación de éste tipo de terapia implica la intervención de un “terapeuta” en la relación con personas que indican necesidad de ayuda física, psicosocial o espiritual. Para que se dé la terapia, el terapeuta debe actuar de alguna manera sobre el paciente para que se produzca un efecto o cambio de algún tipo. Requiere más que el conocimiento musical, involucrarse con el paciente

La musicoterapia tiene efecto directo a nivel psicológico en personas que de otro modo son “inalcanzables” lo cual ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación terapeuta/paciente ó cualquier personal de salud. Se evidenció que mas que un efecto terapéutico sirvió de CANAL para la expresión de sus problemas y de sus vivencias mas internas, pasando sobre las conversaciones triviales iniciales a temas relacionados a la muerte, culpas que arrastran, problemas de índole psicológico o económico entre otros temas.

## VII. CONCLUSIONES

Se concluye que:

- Los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad se dan en gran parte de la población de pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a la Unidad de hemodiálisis, llegando a afectar al 66,67 % de los pacientes.
- La depresión se presenta con más frecuencia en pacientes del sexo masculino y de grado leve - moderado, afectando al 55% de los pacientes masculinos evaluados y de los cuales el 72,5% padecen de depresión leve - moderada.
- Los efectos de la musicoterapia no son muy notables en pacientes deprimidos con insuficiencia renal crónica en los cuales los niveles de depresión no varían significativamente en todos los pacientes seleccionados, evidenciándose cambios en pocos pacientes de los seleccionados para el grupo de trabajo, de los cuales 16.6%, manifiesta efectos favorables sobre la depresión.
- La depresión severa no se reduce significativamente tras la aplicación de música en gran parte de los pacientes seleccionados para el grupo de estudio, variando de 30% a 20% de pacientes con depresión severa.
- En cuanto al efecto de la musicoterapia con relación al sexo del paciente deprimido se evidencia que hay mayor efecto en los pacientes del sexo

masculino presentando 12,5% de pacientes que no manifiestan depresión tras las evaluaciones a comparación de 7,14% en el sexo femenino.

- Los pacientes tras realizar la musicoterapia en un 95% refiere sentirse estimulados a expresar sus problemas manifestándose en promedio a los 15 días de iniciado el estudio. En cuanto a la disminución de “sensación de tristeza” un 40% de los pacientes refiere manifestarla, de los cuales 16,6% tras evaluación con escala de depresión de Yesavage, disminuyeron niveles de depresión manifestándose a los 4 5 días de iniciado el estudio.
- El grado de instrucción, determina por los resultados del estudio que los pacientes que son del nivel de instrucción superior son mas fácilmente influenciados por música instrumental o clásica a comparación de los de instrucción primaria o secundaria que por lo general se limitan al género musical de su agrado.
- Por medio de la música se crea un nexo de comunicación entre médico y paciente. Se evidenció que más que un efecto terapéutico sirvió de CANAL para la expresión de sus problemas y de sus vivencias mas internas: temas relacionados a la muerte, culpas que arrastran, problemas de índole psicológica; tiene efecto favorable en personas que de otro modo son “inalcanzables” lo cual ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación terapeuta/paciente ó con cualquier personal de salud.

## VIII. RECOMENDACIONES

A la unidad de hemodiálisis del hospital se propone:

- La implementación de dicha unidad con reproductores de CDs portátiles y colocación de música instrumental por espacio de una hora de las 4 horas que duran las sesiones de diálisis, o por lo menos colocar música instrumental con parlantes por espacio de una hora, además de la presencia de un profesional que cumpla una función de apoyo psicológico durante las sesiones.
- Facilitar la adquisición de música del agrado de los pacientes que deseen escuchar música adquiriendo una especie de base de datos musicales de preferencia de tipo instrumental en la unidad de hemodiálisis.
- Contar con la presencia de un profesional especializado y graduado como músico terapeuta que sirva de guía al personal de salud sobre las formas de aplicación de música en pacientes con enfermedades crónicas y terminales y a la vez educar a los pacientes acerca de las ventajas de que escuchen música durante sus sesiones de hemodiálisis.
- Incluir un protocolo de evaluación e intervención psicosocial que incluyan indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos siendo vital por la estrecha relación entre calidad de vida con la morbilidad y mortalidad de dichos pacientes.

- Ampliar el abordaje interdisciplinario de los pacientes con la presencia más frecuente de psicólogos o de psiquiatra asociados a trabajadores sociales.

A la dirección del hospital Daniel A. Carrión de Tacna:

- Capacitar al personal encargado de la unidad de hemodiálisis sobre aplicaciones paramédicas como la musicoterapia para ofrecer una calidad en la atención.
- Realizar estudios previos sobre calidad de vida en dicha población de pacientes lo cual serviría de base para estudios posteriores como el trabajo con música u otras aplicaciones paramédicas que ayuden en el futuro a mejorar el estado del paciente.

A los pacientes sometidos a hemodiálisis:

- Formar grupos de apoyo ó “club” del paciente en hemodiálisis y de grupos de apoyo a familiares para facilitar la adaptación tanto del paciente como de la familia y reunirse para intercambiar experiencias, además de conversar sobre sus preferencias musicales y otros temas afines; lo cual serviría sobre todo a pacientes que recién afrontan su enfermedad y sus primeras sesiones de diálisis.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

### a) Referencia bibliográfica básica

1. ARIETI, Silvano. (1981). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires, Editorial Paidós.  
la pp. 73-121, 218-221.
2. ALVARADO, Juan. Manual de Farmacología, Apuntes Médicos del Perú, 1999. Perú.
3. BENENZON, Rolando O. Musicoterapia y Educación. Ed. Paidós, 1971. Argentina.  
Primera edición.
4. BRETON, Sue. (1998). La depresión. México, ED. Planeta. pp. 8-40, 90-95.
- Calderón, N. Guillermo. (1998). Depresión, sufrimiento y liberación. México, ED. EDAMEX. pp. 10-23, 36-41, 48-61, 74-89.
5. BUSTAMANTE, Jairo. Neuroanatomía funcional. Ed. Celsus, 1998.
6. COLAVIZA Floyd, Isabel Cristina (Autor personal). BECERRA Cano, Natalia (Director). Las propiedades terapéuticas de la música: Musicoterapia. Colombia 1997.  
Tesis.
7. DORLAND, Diccionario medico de Bolsillo, 24ava edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1993, España.
8. GOODMAN & GILMAN. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Tomo I. 9na edición, editorial Interamericana Mc Graw Hill 1998 Mexico.

9. HARRISON, R. P. (1984). "Terapia cognitiva de la depresión: una introducción a desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck". Revista de psicología general y aplicada. Vol. 39,4. pp. 632-644.
10. JACOBSON, E. (1971). Depresión, estudios comparativos de condiciones normales, neuróticos y psicópatas. Buenos Aires, Ed. Amorrourtu. pp. 225-245.
11. JAMES, A. (1981). Depresión y existencia humana. México D.F. Ed. Trillas.
12. PLATÓN. Diálogos, La República. Bogotá: Ed. Universales, v. 1.
13. RICOEUR, Paul. Ideología y Utopía. Barcelona: Ed. Gedisa S.A, 1989.
14. THAYER, Gaston. Tratado de Musicoterapia
15. García Pérez EM, Magaz Lago A. Enseñanza de soluciones cognitivas par evitar problemas interpersonales. Grupo Albour-Cohs. Bilbao-Madrid, 1997.
16. García JJ, Sanz-Carrillo C, Ruiz JE, Gamen A, Álvarez R, Cebollada J. Problemática psicológica en el paciente renal. Nefrología 12(6):465,468-470,1993.
17. Magaz A, Bragado C. Aspectos psicológicos diferenciales en enfermos con insuficiencia renal crónica en función del método de tratamiento. Un estudio piloto. Clínica y Salud 2(3): 279-292, 1998.
18. Zahonero MC. Ansiedad y depresión en los pacientes sometidos a hemodiálisis. Universidad Complutense de Madrid. Colección de tesis, 41/86,1989.
19. Miñarro J, Simón V. Estudio de la Ansiedad en pacientes en hemodiálisis y trasplantados. Revista de Psicología General y Aplicada 40(2): 317-329, 1985.

20. García R, Hernández J, Rodríguez A. Situación Laboral de los insuficientes renales crónicos. *Psiquis* 7(213): 39-43,1989.

21. Magaz A. Mejora en la calidad de vida en personas con IRC: protocolo de intervención. Grupo Albor-Cohs. Bilbao-Madrid.1997.

22. Servicio de Estadística Hospital Nacional Cayetano Heredia, Comunicación 1998.

Vega JM: Prevalencia y factores de Riesgo de depresión post-parto y Validación de la Escala de Depresión de Edinburgh en la población peruano. Trabajo de Investigación realizado con el premio Francisco Tejada- Semiramis Reategui, 1996.

b) Referencia bibliografica complementaria

23. LUQUE, Adriana, Metodología de la Investigación Científica, Editorial Alpas asesores asociados 1998 Perú.

24. HERNÁNDEZ, S. Roberto, Metodología de la Investigación, Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1997. México

26. GOEFFREY R. Norman , Bioestadística, Editorial Harcourt Brace 1998 España.

c) Referencia hemerografica

27. <http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/htm>.

28. <http://www.musictherapy.org/faqs.html>

29. [www.musicoterapia.com](http://www.musicoterapia.com).

30. [www.portalmundos.com](http://www.portalmundos.com)

31. [www.medicinam.com](http://www.medicinam.com)
32. [www.musitando.org](http://www.musitando.org)
33. [www.musicoterapianorte.com](http://www.musicoterapianorte.com)
34. [www.musicadeportes.com](http://www.musicadeportes.com)
35. [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

## X. ANEXOS

### *Escala de Yesavage*

### *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

### **Puntuación total:**

0-10: Normal.

11-14: **Depresión moderada** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión Severa** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

## **Ficha de Musicoterapia** (adaptación personal)

### **I. Anamnesis**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Grado de instrucción:

Estado civil:

Lugar de nacimiento:

Tiempo de residencia:

Ocupación actual:

Ocupación pasada:

Fecha del último empleo:

Situación familiar actual:

Situación económica actual:

### **II Datos sobre su enfermedad**

Conocimiento sobre causas de su enfermedad renal

Enfermedades concomitantes

Atenciones en el año por consultorios

Atenciones por hospitalizaciones

Tiempo de estancia hospitalaria

Presencia de los siguientes factores de riesgo:

- Edad
- Patología cardíaca
- Diabetes
- Estado de nutrición
- Tabaquismo
- VIH

Ajuste social:

Aceptación de su enfermedad y tiempo que le tomo en aceptarla:

Adaptación a su enfermedad y al tratamiento de la misma:

Causas que lo ponen triste mas frecuentemente:

Medicación que recibe:

Calidad de sueño:

Estado actual de su vida afectiva y sexual:

Grado de apetito actual:

Actitud actual hacia su enfermedad:

- Actitud positiva y activa
- Actitud negativa, pasiva y dependiente

### **III. Datos relacionados a gustos musicales**

Género musical que gusta:

Genero musical que escuchaba y gustaba en su juventud o niñez:

Canciones que le son muy significativas y que le trae buenos recuerdos:

Canciones que le son muy significativas y que le trae malos recuerdos:

Música que se escucha en el lugar de nacimiento y en la familia:

Toca algún instrumento musical:

Canta en reuniones o abiertamente: