

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
La Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en la Especialidad de Psiquiatría

Enero 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN PSIQUIATRÍA

**MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN LA
DEPRESION**

JOSE JAVIER BLANCO LOPEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
La Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en la Especialidad de Psiquiatría

Enero 2012



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: José Javier Blanco López

Carné Universitario No.: 100016491

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Psiquiatría, el trabajo de tesis **"Musicoterapia como alternativa Terapéutica en la Depresión"**.

Que fue asesorado: Dra. Gladys Alvarado de Ochoa

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN.

Guatemala, 13 de enero de 2012


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala 29 de Julio del 2011

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
COORDINADOR GENERAL
Programa de Maestrías y Especialidades
Presente.

Estimado Doctor Ruiz

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas. El motivo de la presente es para informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: **"MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN LA DEPRESION"**, realizado por el Doctor **JOSE JAVIER BLANCO LOPEZ**, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval por esta coordinación pudiendo continuar con los trámites correspondientes para impresión de tesis y tramite de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Ricardo Walter García Manzo
Docente Programa Postgrado Psiquiatría
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Atención Integral de Salud Mental



Vo.Bo.Dr. Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico Programa Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Guatemala, 29 de Julio del 2011

Doctor
Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Atención Integral de Salud Mental
Presente.

Estimado Dr. García Manzo

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de Tesis con el Título:
"Musicoterapia como alternativa Terapéutica en la Depresión", presentado por el
Dr. **José Javier Blanco López**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el
Postgrado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



Dra. Gloria Verónica Ocampo
Revisora de Tesis
Universidad de San Carlos de Guatemala

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

Guatemala, 26 de Julio del 2011

Doctor
Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Atención Integral de Salud Mental
Presente.

Estimado Dr. García Manzo

Por este medio le informo que revise y asesore el contenido del Informe Final de Tesis con el Título: **"Musicoterapia como alternativa Terapéutica en la Depresión"**, presentado por el Dr. José Javier Blanco López, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Postgrado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



Dra. Gladys Alvarado de Ochoa
Asesora de Tesis
Centro de Atención Integral de Salud Mental
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Gladys Alvarado de Ochoa
MÉDICO PSIQUIATRA
COLEGIADO 2600

Dra. Gladys Alvarado de Ochoa
MÉDICO PSIQUIATRA
COLEGIADO 2600

Guatemala, 29 de Julio del 2011

Doctor
Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Atención Integral de Salud Mental
Presente.

Estimado Dr. García Manzo

De la manera más atenta me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas. El motivo de la presente es para informarle que el Dr. **JOSÉ JAVIER BLANCO LÓPEZ**, realizo su residencia en la Maestría de Psiquiatría, en el Centro de Atención Integral de Salud Mental, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social , aprobando todos sus cursos y exámenes privados satisfactoriamente. Así mismo, ya finalizo su tesis para la cual solicito revisión y fecha de impresión.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su fina atención a la misma, me suscribo de usted.

Cordialmente,



Dr. Ricardo Walter García Manzo
Docente Responsable de la Maestría en Psiquiatría
Centro de Atención Integral de Salud Mental
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme el logro de mis metas de vida

A mis Padres, por su amor, su bondad, su ejemplo de Vida

A mis hermanos, Ligia, Pablo y Mariana, por su apoyo, enseñanza y ejemplo

A Claudia, por su amor y compañía

A mis maestros, por su enseñanza a lo largo de estos años

A todos mis compañeros del Centro de Atención Integral de Salud Mental, por su cariño, amistad y confianza.

A todos mis pacientes, por abrirme su corazón, compartir sus vidas conmigo y permitir ayudarme

INDICE DE CONTENIDOS

I. ÍNDICE DE TABLAS.....1

II. INDICE DE GRAFICAS.....2

III. RESUMEN.....3

IV. INTRODUCCIÓN.....4

V. ANTECEDENTES.....6

VI. OBJETIVOS.....19

VII.MATERIALES Y METODOS.....20

VIII. RESULTADOS.....22

IX. DISCUSIÓN.....28

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....31

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....33

XII.ANEXOS.....37

I. ÍNDICE DE TABLAS

	Pagina
1) Tabla I Promedio de los puntajes de la escala de Montgomery-Asberg según las evaluaciones	22
2) . Tabla II Promedio de los puntajes de la Escala de Hamilton según las evaluaciones	23
3) Tabla III Promedio de los puntajes de la Escala de Impresión Clínica Global en cuanto a Gravedad	24
4) Tabla IV Promedio de los puntajes de la Escala de Impresión Clínica Global en cuanto a Mejoría	25

II. ÍNDICE DE GRAFICAS

	Pagina
1) Grafica I Comparación en la mejoría en la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg por grupo	26
2) Grafica II Comparación en la mejoría en la Escala de ansiedad de Hamilton por grupo	26
3) Grafica III Comparación en la Gravedad en la Escala de Impresión Clínica Global por grupo	27

III. RESUMEN

MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA EN LA DEPRESION

Introducción: La depresión es una enfermedad que afecta a 340 millones de personas en el mundo provocando gran discapacidad física, mental y social. La Musicoterapia ha sido señalada de beneficiosa en diferentes estudios, pero su eficacia y utilidad han sido calificadas pocas veces en forma objetiva y su repercusión en la depresión es incierta.

Método: Se busco evidenciar la utilidad de la Musicoterapia practicada en el Programa de Hospital de Día del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para el tratamiento de la depresión. Se estudiaron 23 pacientes de ambos sexos, entre 18 y 65 años, distribuidos aleatoriamente en 3 grupos; Grupo A: Musicoterapia y Antidepresivo, Grupo B: Musicoterapia y Acido Fólico, Grupo C: Antidepresivo. Se evaluó cada grupo por un periodo de 6 semanas con la escala de Montgomery-Asberg, la escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Impresión Clínica y Mejoría global (CGI).

Resultados: Los resultados evidenciaron una mayor disminución en los puntajes de las tres escalas para los grupos que recibieron musicoterapia. Las medias de los puntajes al termino de las seis semanas en las diferentes escalas del estudio son inferiores para los grupos asignados a musicoterapia con diferencias estadísticamente significativas. Ambos grupos alcanzaron la remisión sintomática.

Conclusión: La Musicoterapia podría ser considerada como una alternativa para el tratamiento de la depresión, al menos a corto plazo, con mejoras en el estado de ánimo y síntomas ansiosos que van más allá de las mejoras con tratamiento psicofarmacológico como monoterapia.

Palabras Claves: Musicoterapia, Depresión, Antidepresivos,

IV. INTRODUCCION

La depresión es un problema común que afecta a cerca de 350 millones de personas en el mundo y es una trastorno grave que se presenta con una prevalencia superior a la de la hipertensión en el ámbito de la atención primaria, y que tiene un impacto social y sobre la funcionalidad física superior al de enfermedades como la propia hipertensión, la diabetes, la artritis o el dolor de espalda (1). La depresión se asocia con una morbilidad significativa y una elevada mortalidad por suicidio, presentándose a menudo de forma crónica y recurrente (2). La enfermedad depresiva comprende un espectro continuo que va desde sintomatología relativamente leve hasta alteraciones psicóticas graves; incluso en los casos leves se ve afectada la función social de los pacientes, precisando un apoyo considerable de su entorno social y familiar. Esta enfermedad tiene un enorme impacto social que por su frecuencia genera una considerable repercusión económica (1).

Se estima que la depresión mayor tiene una prevalencia en el curso de la vida del 17% o más, y la depresión breve recurrente del 11% o superior, con una incidencia que es aproximadamente el doble en las mujeres que en los hombres; se considera que el 75-80% de las depresiones son recidivantes. Según datos de algunos autores, el 15-20% de los pacientes con depresión desarrollan cronicidad y el 10-20% se suicidan (2). Existen predicciones que estiman que la depresión mayor se convertirá en la segunda enfermedad más incapacitante para el año 2020, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica en cuanto al grado de incapacidad y coste social que originan (3). En un estudio realizado España, en el que se analizaron los datos de consumo de antidepresivos del sistema público entre 1985 y 1994, muestra que el consumo de estos medicamentos se ha triplicado en los últimos diez años, aunque según sus autores, se encuentra todavía muy por debajo del que corresponde a la prevalencia de la depresión (4).

La depresión es comúnmente tratada con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos (5). Sin embargo, una revisión reciente en el 2003 sólo encontró pequeñas diferencias entre los fármacos antidepresivos y los placebos activos (6). Por ello, la depresión es, además, una de las razones más frecuentes por las cuales se

utilizan terapias complementarias y alternativas. Las razones son complejas y varían según el grupo de pacientes. Pueden implicar una falta de satisfacción con los tratamientos convencionales o un deseo de evitar los efectos secundarios de la medicación o el estigma adherido a la búsqueda de la terapia (6).

La Musicoterapia trabaja con diferentes modalidades artísticas a través de las cuáles el paciente va expresando su mundo interno, sus potenciales y dificultades para ayudar a explorar y resolver los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. La Musicoterapia ayuda a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de forma satisfactoria haciendo posible la exploración, expresión, contención, y resolución de emociones conflictivas (7).

Aunque en algunos países la herramienta de musicoterapia se originó en la rehabilitación psiquiátrica, y esta se ofrece a las personas con trastornos mentales en todo el mundo, todavía no se ha examinado ampliamente la base de la evidencia de su efectividad y beneficio en la depresión. En nuestro país es aplicada solo esporádicamente y nunca ha conseguido el valor psicoterapéutico igual que las otras técnicas debido a razones objetivas y subjetivas (pobre organización, metodología poco clara, evaluación de resultados insuficientes así como el propio rechazo a la misma y la poca investigación).

En vista de ello, este trabajo busca evidenciar la utilidad de la Musicoterapia basándose en la experiencia del Hospital de Día del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de la ciudad de Guatemala, y su abordaje Musicoterapéutico por más de tres décadas en el tratamiento de la depresión con el fin de establecer protocolos que puedan ser utilizados en un futuro en la práctica clínica.

V. ANTECEDENTES

Las funciones formativas y terapéuticas de la música han sido reconocidas y ejercidas desde la antigüedad, variando su aplicación según la cosmovisión-, las creencias religiosas y los conceptos de salud y enfermedad de cada época en su contexto social y cultural. El Arte ha evolucionado mucho a lo largo de la historia. Cada civilización ha creado sus propias manifestaciones, como fenómeno artístico, estético y social.

Para la Musicoterapia propiamente dicha, resulta de capital importancia reconstruir las primeras expresiones musicales. Al respecto, se han formulado diversas hipótesis que coinciden en señalar como la música se generó a partir de gritos ritmados o no-, que servían de válvula de escape de sensaciones y emociones primarias. Estas producciones sonoras, de carácter colectivo, conducen al estudio de la ontogénesis.

Algunos autores sitúan la génesis de la música al mismo momento de la gestación del ser humano, y a partir de ese instante han sido y son muchos los modos de como influye la música en la personas (8). En la comunicación estaría la base de toda la sociedad y la música es una forma más de comunicarse (9). De hecho, el repertorio de tradición oral, que ha llegado hasta nuestros días, ofrece la posibilidad de encontrarse con casi una veintena de enfermedades y un número elevado de ejemplos de canciones de medicina preventiva (canciones de cuna, de trabajo y de accidentes) y de medicina curativa.

Tanto en los rituales chamánicos de las culturas ancestrales, como en las acciones terapéuticas de la antigua Grecia, la música y los instrumentos musicales formaban parte del repertorio de herramientas de sanación.

Después de una larga historia, es en el Siglo XX, donde la Musicoterapia empieza a formalizarse como una disciplina y una profesión. Alrededor de los años 50 se crearon los primeros programas universitarios para la formación de musicoterapeutas en los EEUU y en Europa y las primeras organizaciones profesionales. La experiencia adquirida en la práctica como en la educación y el entrenamiento de musicoterapeutas, favoreció su expansión y el desarrollo de un cuerpo de conocimientos que guía su ejercicio profesional.

Este ha sido reconocido y acreditado en numerosos países por instituciones académicas, agrupaciones profesionales y organizaciones gubernamentales y cuenta con el respaldo de la Federación Mundial de Musicoterapia. Desde 1974 se realizan cada 3 años, Congresos Mundiales de Musicoterapia, en los cuales se da énfasis a la investigación y al intercambio de conocimientos. América Latina realizó las Primeras Jornadas de Musicoterapia en Buenos Aires en 1968. Desde entonces se han realizado talleres y cursos experienciales y teóricos que han puesto en evidencia el creciente interés de profesionales y graduados en música, educación y ciencias de la salud mental por una especialización sistemática y una formación continua en esta área (9)

FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA

La Musicoterapia comprende el uso de la música, el sonido, la voz, los instrumentos musicales y el cuerpo, con fines de desarrollo personal y terapéuticos, que abarcan la rehabilitación, la prevención y el mejoramiento de la salud física, mental y emocional. Implica una serie de actividades musicales, corporales y sonoras creativas, interpretativas y receptivas destinadas a evaluar problemas y cumplir los objetivos terapéuticos propuestos, entre otros, los del área afectivo-emocional, la rehabilitación sensorial y motora, la integración social y la superación de conflictos vitales.

En “Una psicoterapia por el arte”, de Sara Paín - Gladys Jarreau, puede leerse que: “... la noción de “Musicoterapia” incluye generalmente todo tipo de tratamiento psicoterapéutico que utilice como mediador la expresión artística (danza, teatro, música, etc.)...” (11). Bajo el término Musicoterapia se encierran entonces diversas formas de terapia, tales como la danzaterapia o biodanza, la arteterapia, el psicodrama y la propia Musicoterapia, por lo que el término admite varias definiciones y en este trabajo lo utilizaremos para referirnos a la Arteterapia en General.

Etimológicamente significa “terapia a través de la música”. Thayer Gaston defendía el empleo de la música para “provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan” (12). Juliette Alvin la define como el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales (13). Roland Omar Benenzon dice que la Musicoterapia es “la técnica de comunicación que utiliza la música y los sonidos para producir fenómenos regresivos y abrir canales de comunicación a través de los cuales se

puede comenzar el proceso de recuperación y rehabilitación emocional del paciente” (7). Recientemente la *National Asociation for Music Therapy* de EE. UU ha ampliado el término; a saber, “es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental” (9).

La música es posiblemente una de las Bellas Artes más difundidas y con mayor capacidad de comunicación; la forma más antigua de expresión, que surge con la misma palabra hablada, y una forma de terapia para el compositor, para el intérprete y para el oyente. La música no sería tan importante si no arrastrara tras de sí estos elementos, “adicionales” (14). El sonido es capaz de producir impactos en la conducta humana, individual o colectivamente, y convertirse en expresión de estados anímicos. La cinética musical se ve alterada por la melodía, los estados de ánimo se refuerzan; en definitiva, el significado musical es tan amplio como la misma cultura, la religión o la propia sociedad en la que vivimos.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS DEL SONIDO

Al final del siglo XIX comenzaron las primeras experiencias verdaderamente científicas en un espíritu objetivo y materialista, midiendo cuantitativamente los efectos fisiológicos de las ondas sonoras. Algunas de las conclusiones de estas investigaciones fueron (16):

- El ritmo musical tiene influencia sobre el funcionamiento cardíaco, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la función endocrina.
- El sonido provoca cambios en los trazados eléctricos del organismo.
- Provoca cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos.
- Estimula el tálamo y la corteza, lo que permite el contacto a través de la música con pacientes que carecen de contacto verbal a causa de un episodio confusional, autista, alucinatorio o depresivo.
- Determinados sonidos hacen vibrar por resonancia la hipófisis, encargada de controlar la síntesis de numerosas hormonas y relacionada con la orientación temporo-espacial; y la glándula pineal, que coordina el ritmo respiratorio, cardíaco, el funcionamiento de las

glándulas sexuales, y regula las actividades de la pituitaria a través de la secreción de melatonina.

- Se le atribuye al sonido un efecto excitante, calmante y armonizante sobre todo el organismo.

MUSICOTERAPIA Y EL ENFOQUE GESTALT

Existen muchas corrientes o formas de entender la Musicoterapia. Lo común en todas es el uso de la música y las infinitas posibilidades que ésta nos brinda como medio terapéutico en el paciente. La música es un elemento que a todos nos llega, en diferente medida y de diferentes maneras, pero al cual a nadie le es indiferente, incluso a las personas sordas (16,17).

La terapia gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades o por dos elementos del proceso psicológico. El Conflicto puede ser de naturaleza interna al individuo como la depresión y puede manifestarse en la relación interpersonal entre dos personas. En la terapia gestalt se aprende a utilizar el “darse cuenta de si mismo” (Awareness), como un organismo total que se es. Se aprende a confiar en sí mismo; así se obtiene el desarrollo óptimo de la personalidad, permitiendo darse soporte a sí mismo (17,18).

La Gestalt trata básicamente entonces de lograr la integración del individuo, mediante la reconciliación y aceptación de sus polaridades, mediante el Continuum de Awareness (y todos los ejercicios que conlleven a un “Darse Cuenta” profundo y vivencial, donde la música por ser algo que de forma tan obvia y evidente lleva a la vivencia es una herramienta de apoyo invaluable (19). La audición de música nos conecta en primer lugar con la vivencia del aquí y ahora de nuestros sentidos y de nuestra corporalidad (16,17).

Este punto tiene algo muy singular, ya que la música nos puede conectar con vivencias y sensaciones pasadas, formándose así una sensación circular, holística e integrada, una Gestalt o círculo atemporal de lo que somos y que hemos sido. Esta vivencia integradora y con raíces desde los comienzos de nuestra existencia, en donde se integra lo que somos y lo que hemos sido, es justamente lo que nos produce la placentera

sensación cuando escuchamos una música que realmente nos llega. Estamos en ése momento escuchando algo que nos “hace sentido” en todo nuestro cuerpo y también en una atemporalidad de presente- pasado y también en la proyección de futuro (16,17).

Por eso nos sentimos tan a gusto, nos sentimos integrados y sin divisiones internas con una música que nos llega. Esto, cuando va acompañado de un adecuado proceso terapéutico, puede producir un gran Insight o introspección y un cambio permanente de algo que habíamos ya vislumbrado o trabajado anteriormente pero que con la música se nos “cierra la Gestalt”.

Por otra parte, cuando nos atrevemos a tomar e improvisar en un instrumento o a cantar con nuestra voz, estamos “sacando para afuera” sin intelectualizaciones ni mecanismos defensivos, la parte emocional y sensorial en una forma muy directa, a modo de catarsis. Se podría semejar a “golpear un cojín” o a llorar, estamos en el aquí y ahora, con nuestro cuerpo y mente integrados en un acto liberador (20).

En la terapia Gestalt se trata de reorganizar paso a paso las partes desunidas de la personalidad, hasta que se logre tomar fuerzas y por sí solos obtener el propio conocimiento individual. El paciente se sirve del terapeuta como de un espejo, esperando de él exactamente lo que no puede movilizar por el mismo.

El Enfoque Gestalt, más que una teoría de la psique como dicho anteriormente, es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia (el darse cuenta), la propia responsabilidad de los procesos en curso y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total que se es) para autorregularnos en el medio cambiante que nos rodea.

La Gestalt antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos y requiere del terapeuta un uso de sí como instrumento (corporal, emocional, intelectual y espiritual) que transmita una determinada actitud vital.

En Arteterapia, la danza utiliza el movimiento corporal y la música como medio para expresar emociones y conflictos. A diferencia de lo verbal, un movimiento, una postura puede encerrar tres o cuatro ideas simultáneas, las cuales desprenden

información del inconsciente y personalizan las emociones. El movimiento posibilita la expresión emocional de sentimientos profundamente guardados o de aquellos que no se pueden expresar con palabras, incrementa la autoestima, la creatividad y la productividad (21). La danza es un movimiento natural, espontáneo, una forma de expresión; es al mismo tiempo el medio por el cual se conoce nuestro estado interior, que posibilita un mayor conocimiento de uno mismo. Aquí encontramos a la danza en su manifestación más simple. Se denomina danzaterapia a la interrelación del arte -la danza y la música- y la ciencia -psicología- para una integración psicofísica.

La expresión a través de la danza, el movimiento del baile, permite el surgimiento y posterior desarrollo de la creatividad, la expresión y la sensibilidad. Esto favorece a la aceptación de uno mismo y de los demás. A través del trabajo individual y/o grupal se potencia la construcción e integración corporal y psíquica. La danza puede ser individual o grupal, depende del abordaje terapéutico que se necesite, da la posibilidad de transgredir operativamente conceptos establecidos por la sociedad; es la posibilidad de sentir alegría, confianza y seguridad. Terapéuticamente permite la posibilidad de transformación, de crear respuestas a situaciones nuevas, y nuevas respuestas a situaciones viejas. La técnica de la danza promueve una actitud activa de los pacientes, transformándolos en protagonistas de su propia curación, brindándoles nuevas herramientas para lo cotidiano.

EL CANTO CORAL

La música como hemos mencionado con anterioridad es un medio de expresión privilegiado que facilita la internalización de contenidos psíquicos profundos y la promoción de la salud física y emocional. No es pues, solo patrimonio del artista, de algunos pocos y es una práctica esencial para una vida plena y armónica (20).

El ritmo estimula y favorece la vitalidad del organismo, los órganos y las células, fortaleciendo las defensas y optimizando en general el funcionamiento corporal. La melodía enriquece y sensibiliza los afectos haciendo a la persona mas humana y menos maquina. La armonía estimula las funciones mentales superiores y la trascendencia proyectándonos a otros niveles de resonancia, mas allá de nosotros mismos, del tiempo, y de la historia que limitan nuestro ser. Esto es cierto para la música instrumental y con mayor énfasis para la música vocal (22).

El instrumento musical por antonomasia es la voz humana y si lo vemos desde el punto de vista organológico, los instrumentos melódicos imitan la voz humana con sus tres principales aparatos:

- Aparato propulsor (diafragma, músculos respiratorios)
- Aparato emisor (cuerdas vocales, laringe)
- Aparato resonador (cavidad torácica, cavidades buco-faríngeas, cavidades nasofaciales)

El ser humano primero canto y luego construyo y toco instrumentos. El canto es anterior al lenguaje estructurado como lo muestra el desarrollo ontogénico en los niños, que primero cantan y luego hablan. Los instrumentos de percusión se derivan del uso percusivo del cuerpo. El universal tambor de membrana de cuero es una clara derivación del vientre y el pecho percutido por los hombres primitivos. Al cantar se ejercita la respiración mas correcta, se masajea las vísceras abdominales con el diafragma, se oxigena profundamente los tejidos y los somete a una expiración prologada, practicas tan favorecidas y apreciadas por las técnicas de relajación y meditación. Todo esto se multiplica cuando el canto se vuelve colectivo. Las voces se refuerzan unas con otras Las fuertes apoyan a las débiles y estas moderan a las fuertes. Las imprecisiones tonales de unas son corregidas por las mas precisas y la tendencia natural al empaste corrige las desviaciones de timbre casi por contagio. Todo esto rebasa lo puramente musical e individual y se traslada a lo psicosocial, favoreciendo la integración muy por encima de los factores generacionales, raciales, genéricos y de clase (22).

Los distintos elementos que componen la música, su estructura, su contenido emocional, su poder de comunicación no-verbal, y sus estrechas vinculaciones con el lenguaje pre-verbal del ser humano, hacen de ella un medio extremadamente útil para la integración de las áreas cognitivas, afectivas y motoras del ser humano. Las investigaciones en el campo de la Musicoterapia, de la Psicología de la Música y de las relaciones entre la Música y la Medicina, demuestran la relación existente entre esta expresión artística y el sistema nervioso, la neurofisiología y las emociones, dando sentido a la integración de la música en procesos terapéuticos complejos entre ellos, el de la depresión.

LOS TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESION

La depresión es comúnmente tratada con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos (6, 23). Tanto los antidepresivos tricíclicos como los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) así como los duales más recientes son efectivos en el tratamiento de la depresión (4, 24). Sin embargo, una revisión Cochrane reciente de Moncrieff 2003 sólo encontró pequeñas diferencias entre los fármacos antidepresivos y los placebos activos. Los efectos más bajos se encontraron en los ensayos de atención hospitalaria. Actualmente hay dos revisiones sistemáticas en curso que comparan tratamientos psicológicos y farmacológicos (25,26).

La depresión es, además, una de las razones más frecuentes por las cuales se utilizan terapias complementarias y alternativas. Las razones son complejas y varían según el grupo de pacientes. Pueden implicar una falta de satisfacción con los tratamientos convencionales o un deseo de evitar los efectos secundarios de la medicación o el estigma adherido a la búsqueda de la terapia de conversación (6).

Sin embargo, esto es refutado por un estudio de los EE.UU. con 1035 participantes (27) que llega a la conclusión de que la mayoría de los usuarios de medicinas alternativas las utilizan porque sienten que tiene más que ver con sus propios valores, creencias y orientaciones filosóficas, más que porque no estén satisfechos con los tratamientos convencionales. Este criterio es compatible con resultados recientes en el Reino Unido y Australia que dicen que los conocimientos sobre salud mental de la población general son razonablemente pobres, lo que reduce la probabilidad de que se busquen tratamientos basados en pruebas. (28).

No obstante, las preferencias de los usuarios son importantes cuando se tratan enfermedades mentales. Pruebas recientes indican que los jóvenes deprimidos prefieren el asesoramiento a la medicación, y los tratamientos activos antes que la “conducta expectante” (29). Ambas preferencias pueden ser relevantes en el uso de técnicas activas en la musicoterapia para esta población.

MUSICOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

El Hospital de Día es una comunidad terapéutica con más de 20 años de experiencia en el tratamiento de pacientes ambulatorios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El servicio que presta el Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISM del IGSS) a través del programa de Hospital de Día fue diseñado para brindarle tratamiento integral ambulatorio y continuo a pacientes cuyo estado de salud no les permite incorporarse a sus labores de manera funcional así que se incorporan a una comunidad psicoterapéutica y de apoyo que les servirá de sustento para resolver los problemas emocionales que les afectan.

El programa de Hospital de Día está manejado por un equipo multi inter disciplinario integrado por psiquiatras, Psicólogas, Terapistas Ocupacionales y Trabajadoras Sociales. Este equipo esta encargado del proceso terapéutico, su aplicación y evaluación de resultados.

De acuerdo a su nivel de profundidad e introspección las Técnicas terapéuticas utilizadas en Hospital de Día pueden clasificarse en:

-Terapias Mayores: Son todas aquellas consideradas Psicoterapéuticas donde la música, en cada una de ellas tiene un papel central. y cuyo fundamento está basado en las Terapias Grupales, a saber; Terapia Gestalt, Psicodrama, Biodanza, Musicoterapia receptiva.

-Terapias Menores: Entendiendo por estas una gran cantidad de actividades que sin ser psicoterapéuticas brindan estados de bienestar importantes en el desarrollo de los procesos: gimnasia, aeróbicos, relajación, neuronet, ludoterapia, tai chi, talleres de arte, manualidades, cocina, talleres de lectura, talleres educacionales, además de la práctica Coral

El programa funciona en horario de lunes a viernes de 8 de la mañana a 2 de la tarde con un tiempo efectivo de 35 horas de terapia semanales.

ESTUDIOS CON MUSICOTERAPIA PARA LA DEPRESION

Existen pocos estudios de Musicoterapia para el tratamiento de la depresión. Un estudio observacional concluyó que la musicoterapia puede tener efectos beneficiosos en personas que presentan depresión (30), un resultado que fue posteriormente respaldado por un ensayo clínico aleatorio pequeño de musicoterapia versus control en lista de espera entre personas adultas con trastornos depresivos (31). Sin embargo, una exploración preliminar de los pocos intentos sistemáticos de investigación experimental en este campo destaca varias dificultades. En particular, todos los ECA han tenido tamaños de muestra pequeños, y esto hace que sea difícil medir con exactitud los resultados. Además, los grupos de pacientes suelen ser heterogéneos (32) y según se sabe, los tipos de musicoterapia varían. Sin embargo, ya que se está buscando y accediendo a la musicoterapia para el tratamiento de la depresión como un complemento o alternativa al tratamiento farmacológico u otras terapias psicológicas, se necesita una revisión sistemática de las pruebas disponibles para comprender su efectividad con este grupo de pacientes. También hay razones para comparar diferentes enfoques de musicoterapia para obtener una mejor comprensión de la relación entre el proceso y los resultados en diferentes contextos.

En la literatura se encontraron cinco estudios que comparaban la musicoterapia para el tratamiento de la depresión como un complemento o alternativa al tratamiento farmacológico u otras terapias psicológicas. Cuatro estudios eran ensayos aleatorios, los de Hanser 1994, Chen 1992, Zerhusen 1995 y Hendricks 1999 (33-36) y uno era un ensayo clínico controlado, el de Radulovic 1997 (32). Tres ensayos compararon la musicoterapia más la atención estándar con la atención estándar sola (32-34). Hendricks 1999 comparó la musicoterapia más la atención estándar con la terapia cognitivo-conductual (TCC) más la atención estándar. Zerhusen 1995 comparó tres grupos: la musicoterapia más la atención estándar, la terapia cognitivo-conductual más la atención estándar y la atención estándar sola.

La duración del tratamiento varió entre seis (32) y 10 semanas (35). Los cinco estudios hicieron un seguimiento de los participantes hasta el final del periodo de seguimiento. Hanser 1994 incluyó una evaluación adicional a los nueve meses de los pacientes que recibieron tratamientos activos.

Los participantes de todos los estudios sufrían de depresión clínica, sin embargo, los métodos para diagnosticar la depresión variaron entre los estudios. Los participantes en el estudio Hanser 1994 se diagnosticaron con depresión de leve a moderada mediante el Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (inventario de trastornos afectivos y esquizofrenia). Los participantes del estudio Chen 1992, Zerhusen 1995 y Radulovic 1997 tenían depresión moderada a grave (incluyendo depresión psicótica) diagnosticada mediante el DSM III-R, el Beck Depression Inventory (inventario de depresión de Beck) y los ICD-10 respectivamente.

La edad de los participantes varió entre los estudios. Tres estudios se concentraron en personas mayores: Chen 1992 incluyó a adultos de entre 60 y 77 años, Hanser 1994 trató a adultos de 61 a 85 años y Zerhusen 1995 incluyó a adultos de 70 a 82 años. Radulovic 1997 trató a adultos de 21 a 62 años y Hendricks 1999 trató a adolescentes de 14 o 15 años. Todos los estudios eran pequeños, con tamaños de muestra que oscilaban entre los 19 (36) y los 68 participantes (34).

Sólo Chen 1992 examinó los efectos de un enfoque activo. Esto incluyó la enseñanza de diálogos y melodías precompuestas simples donde el terapeuta podía preguntarle al participante si durmió bien o en qué estaba pensando. El objetivo de estas canciones era ayudar a que los participantes se sintieran comprendidos y "aumentar su interés por la vida". El grupo control de este ensayo era la atención estándar. Los cuatro estudios restantes incluían escuchar música pregrabada con un terapeuta, ya fuera en un grupo de seis a ocho participantes (32,35,36) o individualmente (33). Hanser 1994 y Hendricks 1999 describen un enfoque de musicoterapia que combina la reflexión con el terapeuta en la que tanto el participante como el terapeuta eligen la música y la aplicación de determinados temas musicales para inducir diferentes estados de ánimo, a veces va acompañado de ejercicio. En el estudio Hanser 1994, se evaluaron dos métodos para llevar a cabo la musicoterapia; un terapeuta administraba la musicoterapia y un terapeuta enseñaba las técnicas de la musicoterapia al participante quien posteriormente se las autoadministraba en su propio hogar. Los participantes que fueron asignados al azar a la musicoterapia autoadministrada recibían una llamada telefónica semanal de 20 minutos del terapeuta para examinar el progreso. Por contraste, Zerhusen 1995 utilizó la musicoterapia como un grupo control activo en su ensayo de TCC. La musicoterapia se aplicó en grupos de 20 participantes dos veces por semana durante una hora. Se

describió brevemente como residentes del hogar de ancianos que escuchaban: “muchas clases de música, incluyendo favoritos de los viejos tiempos, himnos y melodías de estilo country. Un participante también interpretó música popular y música de piano semiclásica”. No hubo discusión adicional de la musicoterapia, aunque se dice que fue realizada por un terapeuta entrenado. Los participantes en Radulovic 1997 también escucharon grabaciones con el terapeuta y reflexionaron sobre ellas. Sin embargo, el enfoque del terapeuta se informó por medio de la teoría psicoanalítica e incluyó la imaginación guiada y la discusión acerca de eventos traumáticos pasados que estuvieran conectados con los sentimientos despertados al escuchar los extractos. El enfoque también tuvo un componente analítico de grupo y los miembros del grupo brindaron retroalimentación los unos a los otros acerca de su comportamiento en el grupo.

Las sesiones variaron desde una hora (Hanser 1994; Hendricks 1999; Zerhusen 1995) a 90 minutos (Chen 1992; Radulovic 1997). El número de sesiones por semana varió entre los cinco estudios: una vez por semana (Hanser 1994; Hendricks 1999) dos veces por semana (Radulovic 1997; Zerhusen 1995) y seis veces por semana (Chen 1992). El número máximo de sesiones osciló entre ocho (Hanser 1994; Hendricks 1999), 12 (Radulovic 1997), 20 (Zerhusen 1995) y 48 (Chen 1992). Con respecto a la terapia cognitivo-conductual, Zerhusen 1995 utilizó una forma manual de terapia grupal cognitivo-conductual, que comprendió dos reuniones semanales de 90 minutos con seis o siete participantes en cada grupo. Comenzaban con un componente psicoeducativo, seguido de técnicas de distracción y ejercicios de ensayo cognitivo que intentaban reducir la inactividad. Los estadios finales de la intervención implicaban ayudar a los participantes a que reconocieran y desafiaran las creencias negativas. En Hendricks 1999, la intervención basada en música se comparó con las actividades del grupo cognitivo-conductual, que incluyó discusiones grupales acerca del autoconcepto y de cómo la depresión afecta esto.

El tratamiento estándar varió considerablemente en los diferentes estudios. En Hanser 1994, las personas asignadas al azar a la atención estándar "no recibieron tratamiento" de ningún tipo durante el período de estudio. Todos los participantes en Hendricks 1999, incluso los del grupo control de atención estándar del ensayo, recibieron “psicoterapia individual a corto plazo”. En Zerhusen 1995, todos los participantes en el grupo control de atención estándar del ensayo tuvieron acceso a atención de enfermería, la cual no se definió detalladamente. Los dos estudios de pacientes hospitalizados (Chen

1992; Radulovic 1997) declararon que todos los que se encontraban en el grupo control fueron tratados con medicación antidepresiva.

Se utilizaron tres escalas calificadas por el paciente para medir los síntomas de la depresión, el Beck Depression Inventory fue utilizado por Radulovic 1997, Hendricks 1999 y Zerhusen 1995; la Geriatric Depression Scale fue utilizada por Hanser 1994 y la Hamilton Rating Scale for Depression se utilizó en Chen 1992. En todas estas escalas, las puntuaciones inferiores indican niveles inferiores de depresión.

En estos cinco estudios se destacan marcadas variaciones en las intervenciones ofrecidas, las poblaciones estudiadas y las medidas de resultado primarias utilizadas. Cuatro estudios, los de Chen 1992, Hanser 1994, Hendricks 1999 u Radulovic 1997 informaron mayor reducción de síntomas de la depresión entre los participantes asignados al azar a la musicoterapia. Zerhusen 1995 no informó cambios en el estado mental entre las personas que recibían musicoterapia comparado con los que fueron asignados al azar a la atención estándar sola. Con respecto al tipo de musicoterapia utilizada, varió enormemente. Por ejemplo, Chen 1992 utilizó un enfoque activo y los otros un enfoque principalmente receptivo.

Otros estudios han validado la utilización de la Musicoterapia en el tratamiento de la mejoría en el estado de ánimo de pacientes oncológicos (37,38). Otro estudio pequeño demostró la utilidad de la Musicoterapia para reducir el distres emocional de pacientes en radioterapia (39,40). Otro estudio importante dio un valor primordial a la Musicoterapia como acompañamiento y mejora de la calidad de vida de pacientes con enfermedades terminales. Un estudio realizado en un hogar de cuidado reportó disminución en los síntomas depresivos de los pacientes cuando recibían musicoterapia (41). De la misma forma hay estudios siempre pequeños pero de relevancia que arrojan beneficios importantes en la mejoría de los estados de ánimo y ansiosos en personas con discapacidades neurológicas (42), mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (43), en pacientes con demencia (44) e incluso en pacientes pediátricos (45).

Posiblemente, la música en la actualidad sea más necesaria y de utilidad de lo que se puede imaginar.

VI. OBJETIVOS

Objetivos Generales

Establecer la Musicoterapia practicada en el Hospital de Día como un tratamiento psicoterapéutico válido en los Trastornos Depresivos basados en un claro procedimiento metodológico.

Objetivos Específicos

Establecer la eficacia de la Musicoterapia sola para la disminución de síntomas ansiosos y depresivos en el paciente que asiste al CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL (CAISM)

Establecer la eficacia de la Musicoterapia combinada con tratamiento farmacológico para la disminución de síntomas ansiosos y depresivos en el paciente que asiste al CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL (CAISM)

Establecer la eficacia del tratamiento psicofarmacológico para la disminución de síntomas ansiosos y depresivos en el paciente que asiste al CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL (CAISM)

VII.MATERIALES Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio comparativo, aleatorizado, que se realizó a lo largo del año 2009 con los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la ciudad de Guatemala, Centro América.

POBLACION Y MUESTRA

La Población consistió en pacientes masculinos y femeninos que asistieron por primera vez a la consulta externa del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, mayores de 18 años y menores de 65 años. La Muestra fue escogida aleatoriamente y consistió en 23 pacientes que asistieron a Consulta Externa para tratamiento por primer Episodio Depresivo según entrevista estructurada SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders). Entre los criterios de inclusión destacan pacientes con un puntaje inicial de 7 a 34 puntos en la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) que aceptara participar en el estudio al firmar un consentimiento informado.

Entre los criterios de exclusión destacaron pacientes psicóticos, con intoxicación aguda por cualquier sustancia véase alcohol, benzodiacepinas, cualquier tipo de droga o estupefaciente, pacientes que hubiesen sido tratados previamente con Musicoterapia o psicofarmacoterapia; pacientes que tuvieran menos de un 90% de asistencia al Programa de Hospital de Día.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes de consulta externa fueron evaluados por el Medico Psiquiatra asignado según procesos administrativos propios del Centro de Atención Integral de Salud Mental. Se obtuvo en esta evaluación datos demográficos tales como, edad, sexo, religión, grupo de apoyo, procedencia, estado civil, profesión, oficio. Luego de que se les hizo diagnóstico de Episodio Depresivo por medio del SCID-I, entrevista estructurada, se obtuvo para cada paciente una escala inicial de Montgomery-Asberg (MADRS). Si cumplían criterios de inclusión previamente descritos, se continuaba con las siguientes

evaluaciones que incluían, una *Escala de Hamilton para Ansiedad (HAM-A)*, y una *CGI-S. Clinical Global Improvement Severity*. Se le explico a cada paciente el propósito del estudio, la metodología, los riesgos/beneficios que esto conllevaba y luego firmaron el formulario de consentimiento informado dando fe de que su participación era una decisión libre y sin coacción. Seguidamente, se les presentaba 3 sobres para que escogieran uno de ellos como tratamiento (paciente no sabia a que modalidad terapéutica era asignado) los cuales contaban con una letra a saber:

- **Letra A:** Tratamiento con Musicoterapia + Venlafaxina 75 mg
- **Letra B:** Musicoterapia + Placebo (Acido Fólico)
- **Letra C:** Tratamiento por Consulta Externa con Venlafaxina 75mg

Cada grupo consto de ocho, siete y ocho pacientes respectivamente para un total de veinte y tres. Se evaluó cada 3 semanas nuevamente a cada paciente con las escalas de Montgomery-Asberg (MADRS), *Escala de Hamilton para Ansiedad (HAM-A)*, y *CGI-I. Clinical Global Improvement* para un total de 3 evaluaciones en el estudio.

Pacientes que se presentaran muy sintomáticos después de la segunda evaluación con las escalas anteriores, eran reevaluados por Medico psiquiatra ajeno a la investigación, con la posibilidad de abandonar el estudio si el caso lo ameritaba.

Finalmente se realizaron los análisis de las medias de las respectivas escalas para cada evaluación así como análisis de variancia con el objetivo de demostrar o no, alguna diferencia estadísticamente significativa para alguno de los grupos de tratamiento. Para ello, una prueba de Anova para las escalas de Montgomery-Asberg y Hamilton de Ansiedad y una prueba de Kruskal---Wallis para la escala de Impresión Clinica Global (CGI).

VIII. RESULTADOS

Participaron en el estudio a veinte y tres pacientes que asistían por primera vez a la Consulta externa del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Diez y nueve (82%) de sexo femenino y cuatro (18%) de sexo Masculino. En el grupo A, seis mujeres y dos hombres; en el grupo B, seis mujeres y un hombre y en el grupo C siete mujeres y un hombre. El promedio General de edad fue de 35 años; 29.1 DE+/-8.48 años para el grupo A, 36.3 DE+/- 12.6 años para el grupo B y 41.1 DE+/-11.2 años para el grupo C.

Los promedios iniciales en la escala de Montgomery-Asberg para los tres grupos fueron de 32.25 DE+/-2.71 puntos para el grupo A, 25.42 DE+/-6.29 puntos para el grupo B y de 28.75 DE+/-3.99 para el grupo C. Los promedios finales, luego de 6 semanas de tratamiento fueron de 9.25 DE+/-2.43 puntos, 3.71 DE+/-4.68 puntos y de 14.75 DE+/-2.65 puntos respectivamente (tabla 1.)

Tabla 1. Promedio de los puntajes de la escala de Montgomery-Asberg según las evaluaciones.

Grupo	Evaluación	Montgomery - Asberg
B Musicoterapia + Placebo	1	25,42857143
	2	6
	3	3,714285714
	Total	11,71428571
A Musicoterapia + Antidepresivo	1	32,25
	2	20,625
	3	9,25
	Total	20,70833333
C Antidepresivo	1	28,75
	2	20,5
	3	14,75
	Total	21,33333333
Total	1	28,95652174
	2	16,13043478
	3	9,47826087

El análisis estadístico demuestra que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.01$) entre los grupos así como una diferencia por sexo ($p > 0.01$) en los puntajes iniciales en la escala de Montgomery-Asberg . Es decir, los pacientes del grupo A tenían puntuaciones mas elevadas en esta escala al iniciar el estudio y las mujeres tenían puntajes mayores que los hombres. Entre los grupos, el grupo C y B no fueron estadísticamente diferentes al inicio, pero el grupo A si difiere de ellos dos. El orden es $A > C > B$. En la segunda evaluación, persisten diferencias entre los grupos y cierta diferencia entre sexos ($p > 0.01$). Según los grupos, hay diferencia estadísticamente significativa entre B y A y entre C y B ($p > 0.01$). Sin embargo, no entre C y A. El orden es $C > A > B$. Finalmente, en la ultima evaluación, se pierde la diferencia por sexo, pero se acentúa la diferencia por grupo. **La diferencia es significativa entre todos los grupos con ($p > 0.01$).**

Por otro lado, los promedios iniciales en la escala de ansiedad de Hamilton para los tres grupos fueron de 32.37 DE+/-6.30 puntos para el grupo A, 27.42 DE+/-8.58 puntos para el grupo B y de 26 DE+/-6.27 para el grupo C. Los promedios finales, luego de 6 semanas de tratamiento fueron de 8.75 DE+/-1.58 puntos, 3.28 DE+/-4.46 puntos y de 15.87 DE+/-4.97 puntos respectivamente (tabla 2.)

Tabla 2. Promedio de los puntajes de la Escala de Hamilton según las evaluaciones.

Grupo	Evaluación	Hamilton
B Musicoterapia + Placebo	1	27,4285714
	2	8,42857143
	3	3,28571429
	Total	13,047619
A Musicoterapia + Antidepresivo	1	32,375
	2	18,125
	3	8,75
	Total	19,75
C Antidepresivo	1	26
	2	17,75
	3	15,875
	Total	19,875

Según el análisis estadístico utilizado, no hay diferencia estadísticamente significativa por grupo ni por sexo ($p > 0.1$) en los puntajes iniciales en la escala de Hamilton de ansiedad. Es decir, todos los grupos eran similares. En la segunda evaluación, si existe diferencia entre los grupos en los puntajes de la escala de Hamilton de Ansiedad. Existe diferencia entre los grupos B y A, C y B ($p > 0.01$) pero no es significativa entre C y A. El orden de los grupos es $C > A > B$. En la última evaluación, hay diferencia para Hamilton, aparentemente los valores p han tendido a decrecer. No hay diferencia entre el grupo C y A. El orden es $A > C > B$

De igual forma, los promedios iniciales en la escala de Impresión Clínica Global en cuanto a severidad para los tres grupos fueron de 4.5 DE+/-0.75 puntos para el grupo A, 4.43 DE+/-0.53 puntos para el grupo B y de 4.5 DE+/-0.53 para el grupo C. Según el análisis estadístico, no hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos al inicio del estudio. Los promedios finales, luego de 6 semanas de tratamiento fueron de 2.12 DE+/-0.64 puntos, 1.14 DE+/-0.37 puntos y de 3 DE+/-0.53 puntos respectivamente (tabla 3.)

Tabla 3. Promedio de los puntajes de la Escala de Impresión Clínica Global en cuanto a Gravedad.

Grupo	Evaluación	Escala de Impresión Clínica Global
B Musicoterapia + Placebo	1	4,428571429
	2	1,714285714
	3	1,142857143
	Total	2,428571429
A Musicoterapia + Antidepresivo	1	4,5
	2	3,375
	3	2,125
	Total	3,333333333
C Antidepresivo	1	4,5
	2	3,375
	3	3
	Total	3,625
Total	1	4,47826087
	2	2,869565217
	3	2,130434783
	Total	3,15942029

Finalmente, los promedios iniciales en la escala de Impresión Clínica Global en cuanto a la mejoría para los tres grupos fueron de 2.87 puntos para el grupo A, 1.14 puntos para el grupo B y de 2.62 para el grupo C. Los promedios finales, luego de 6 semanas de tratamiento fueron de 1.75 puntos, 1.14 puntos y de 2.87 puntos respectivamente (tabla 4.)

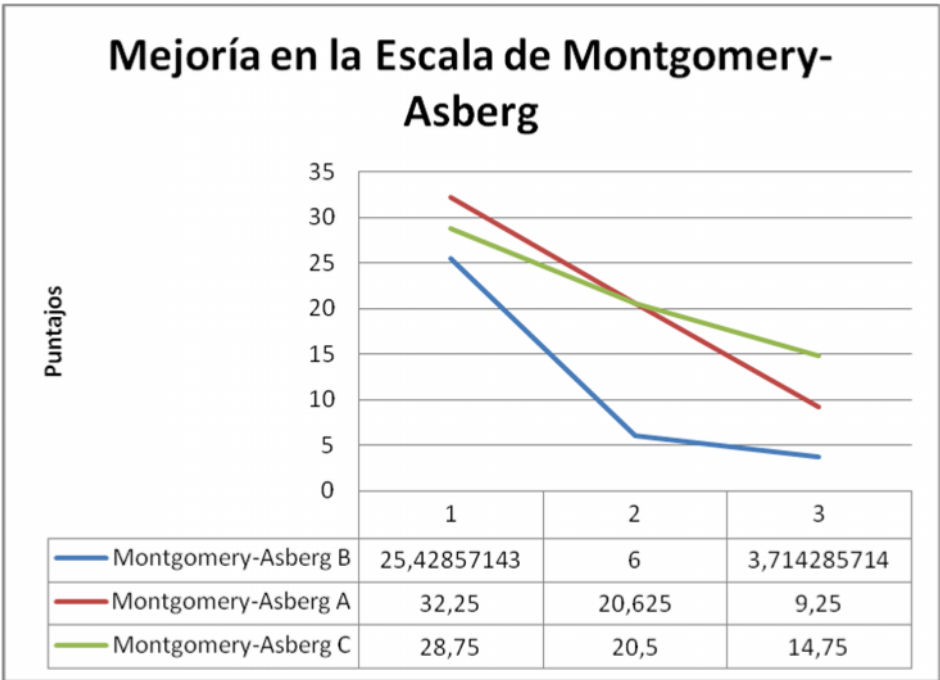
Para la segunda evaluación, hay diferencias entre los grupos A y B y entre los grupos B y C, pero no entre el A y C, consistente con lo encontrado en las otras dos pruebas. En la tercera evaluación no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre A y B pero si persiste una diferencia entre B y C.

Tabla 4. Promedio de los puntajes de la Escala de Impresión Clínica Global en cuanto a Mejoría.

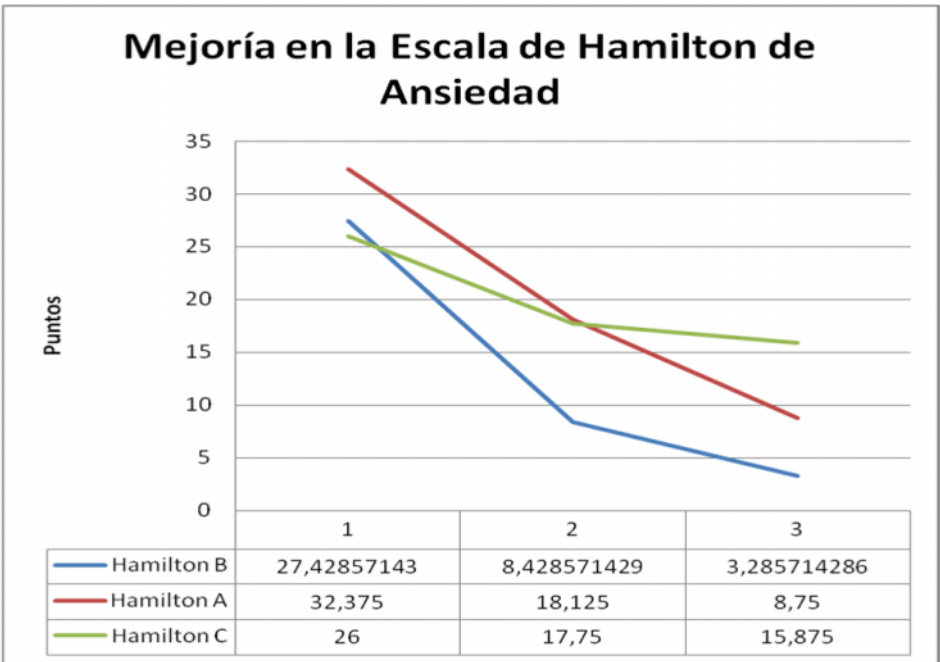
Grupo	Evaluación	Escala de Impresión Clínica- Mejoría
B Musicoterapia + Placebo	1	
	2	1,142857143
	3	1,142857143
	Total	1,142857143
A Musicoterapia + Antidepresivo	1	
	2	2,875
	3	1,75
	Total	2,3125
C Antidepresivo	1	
	2	2,625
	3	2,875
	Total	2,75
Total	1	
	2	2,260869565
	3	1,956521739
	Total	2,108695652

Las graficas a continuación ejemplifican los hallazgos anteriores.

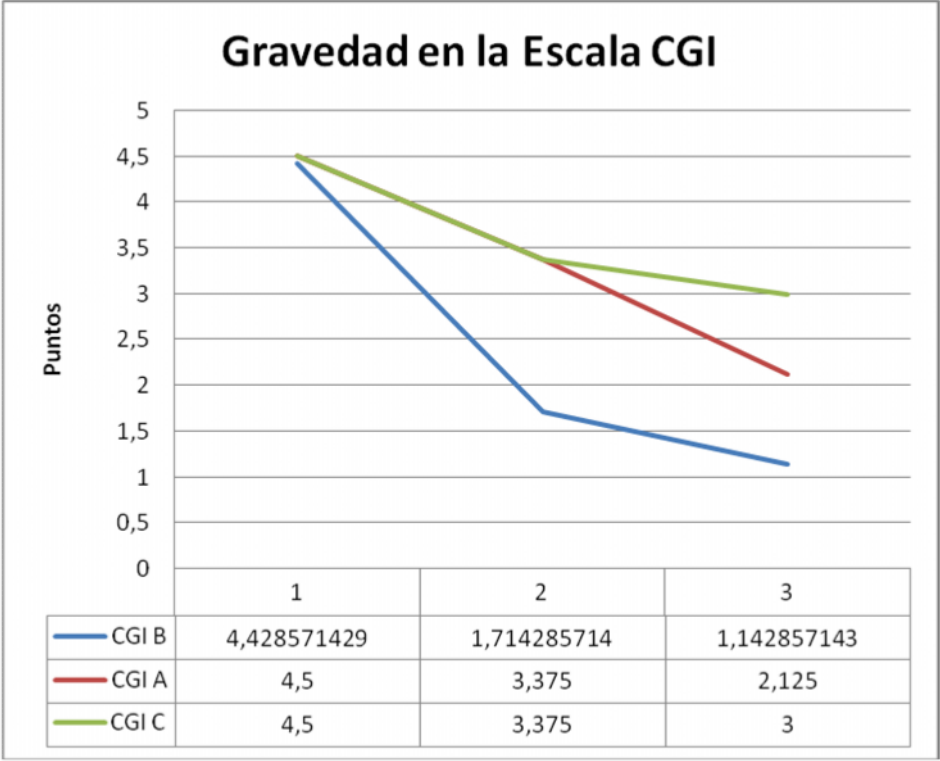
Grafica 1. Comparación en la mejoría en la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg por grupo.



Grafica 2. Comparación en la mejoría en la Escala de ansiedad de Hamilton por grupo.



Grafica 3. Comparación en la Gravedad en la Escala de Impresión Clínica Global por grupo.



IX. DISCUSIÓN

En este estudio, se trató de establecer la eficacia de la Musicoterapia practicada en el Hospital de Día del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como un tratamiento psicoterapéutico válido en los Trastornos Depresivos basados en un claro procedimiento metodológico como nunca antes se había hecho en nuestro centro y seguramente en muchas partes del mundo pues muy pocos estudios a nivel mundial han hecho un trabajo similar.

Los grupos no son exactamente iguales en puntajes al empezar el estudio aunque fueran escogidos aleatoriamente. Se encontró que el grupo A de Musicoterapia + Antidepresivo iniciaban el estudio con puntajes en las escalas un tanto más altos que los demás grupos. (MA= 32.25; HA= 32.38; CGI=4.5). Esto quiere decir que probablemente eran los pacientes más sintomáticos.

Todos los tratamientos fueron efectivos aunque el grupo de Musicoterapia + Placebo, el grupo B, es el que marca una diferencia mayor pues la mejoría es evidente desde la segunda evaluación en todas las escalas. La música se ha utilizado de diferentes maneras como parte del tratamiento psicológico de las personas con depresión. Las pruebas de esto son apoyadas por los cinco estudios individuales a pequeña escala previamente expuestos. Estos estudios indican que la musicoterapia se asocia, al menos a corto plazo, con mejoras en el estado de ánimo que van más allá de las mejoras encontradas con la atención estándar sola, y basándose en las bajas tasas de abandono, parece ser un tratamiento bien tolerado (31-35). La baja adherencia es uno de los principales problemas en el tratamiento de la depresión y la Musicoterapia se ve constituida en este estudio así como en los anteriormente expuestos como una estrategia para minimizar el riesgo de ésta (27,29)

El grupo A de Musicoterapia + Antidepresivo también es efectivo aunque la mejoría en la puntuación de las escalas es un tanto menor aunque no deja de ser importante. En este punto es importante remarcar que los pacientes del grupo A eran los que desde un inicio tenían las escalas más elevadas y por ende eran los más sintomáticos. Se sabe muy bien que el efecto antidepresivo de los fármacos no es inmediato y que comienzan a tener un efecto clínico observado no sino después de la cuarta a quinta semana de su inicio (46). Si se toma en cuenta eso, puede decirse que la mejoría clínica observada al

inicio en cuanto a las escalas es atribuible probablemente mas a la Musicoterapia que al efecto farmacológico.

Los del grupo C que solo recibieron antidepresivo por consulta externa mejoraron mucho mas lento y no en la misma magnitud definitivamente que los dos grupos anteriores y luego de seis semanas aun persisten síntomas importantes tanto ansiosos como depresivos. Algunos estudios han cuestionado la eficacia de los antidepresivos en comparación con el placebo (47) y se ha hallado que la respuesta y la eficacia de los antidepresivos es mayor solo mientras más grave sea la depresión (48). Según la literatura encontrada, el tratamiento antidepresivo debe mantenerse de forma prolongada tras la remisión clínica para reducir el riesgo de recaídas y recurrencias, durante 6-12 meses, 2-3 años, o incluso de forma indefinida, lo que hace que el costo económico sea realmente elevado y las molestias derivadas del uso prolongado del antidepresivo cobren importancia en detrimento del paciente (49,50). Esto abra la puerta para realizar un estudio a largo plazo con musicoterapia como un tratamiento de mantenimiento.

El objetivo del tratamiento es la remisión clínica, siendo un factor clave para un mejor pronóstico a largo plazo (51). Los resultados encontrados en este estudio proporcionan evidencia de corto plazo pues según las escalas, tanto el grupo de Musicoterapia más placebo como el de Musicoterapia mas Psicofarmacoterapia habían conseguido la remisión sintomática. No se sabe si estos resultados pueden sostenerse en el tiempo, es decir a largo plazo.

En el estudio se encontraron algunas dificultades y una de las mas importantes fue el ingreso de pacientes al estudio ya que muchos de ellos eran castigados económicamente por la suspensión que conlleva el tratamiento Musicoterapéutico intensivo en Hospital de Día por lo que esto no permitió que la muestra fuese mas importante. Otro aspecto importante a señalar es el hecho que Diez y nueve pacientes (82%) fueron de sexo femenino y cuatro pacientes (18%) de sexo Masculino. Esto puede hacer pensar que los resultados arrojados puedan replicarse solo en una población predominantemente femenina y no tanto así en la población masculina.

Por otra parte, el estudio se restringió a primeros episodios depresivos por lo que en general fueron pacientes “vírgenes” de cualquier modalidad terapéutica lo que de alguna manera pudo influir en los resultados a favor de una u otra modalidad terapéutica.

De igual forma, no se tomaron en cuenta comorbilidades como trastornos de la personalidad y otras patologías que se sabe complican el curso y pronóstico de los trastornos depresivos.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio, queda plasmado objetivamente el papel importante que juega la musicoterapia en la mejoría clínica tanto en la depresión como en la ansiedad en los pacientes que recibieron este tratamiento, solo o en combinación con un fármaco antidepresivo. Se comprueba la utilidad de la Musicoterapia practicada en el Programa de Hospital de Día del Centro de Atención Integral en Salud Mental.

Se recomienda en base a los resultados arrojados por este estudio que aquellos pacientes que asistan por primera vez a la consulta externa y a quienes se les diagnostique un episodio depresivo moderado con una escala de Montgomery-Asberg inferior a 28 puntos y una escala de Hamilton inferior a 27 puntos pueden beneficiarse y mejorar su condición solo con Musicoterapia sin ninguna intervención farmacológica y esto hacerlo en 6 semanas de tratamiento intensivo en el Programa de Hospital de Día.

Aquellos pacientes con depresión moderada, con puntuaciones en la escala de Montgomery-Asberg superior a 32 puntos y Hamilton superior a 32 puntos puedan beneficiarse y mejorar significativamente su condición inicial en un término de 6 semanas al combinar psicofármaco antidepresivo y musicoterapia del Programa de Hospital de Día.

Por otro lado, la mejoría que se observa en aquellos pacientes que solo reciben el tratamiento antidepresivo por consulta externa en un periodo de 6 semanas es mucho mas lenta que en los dos grupos anteriores por lo que se sugiere iniciar el tratamiento solo con musicoterapia o combinado con psicofarmacoterapia para optimizar respuesta.

Debido a que el tratamiento psicofarmacológico tiende a cronificarse con el tiempo a un costo económico bastante alto, se sugiere promover talleres semanales de Musicoterapia para pacientes que egresen del Hospital de Día y para pacientes de consulta externa. .

La baja adherencia es uno de los principales problemas en el tratamiento de la depresión. Deben utilizarse estrategias para minimizar el riesgo de ésta y con este estudio, la Musicoterapia se plantea como una verdadera alternativa.

La Musicoterapia del Hospital de Día, sola o en combinación con antidepresivos, es una opción en el tratamiento de la depresión leve y moderada. Se recomienda la Musicoterapia como tratamiento de inicio en las depresiones leves y moderadas.

Se recomienda que futuras investigaciones evalúen a largo plazo la utilidad de la musicoterapia como un tratamiento de mantenimiento para pacientes que prefieran esta modalidad de tratamiento a la modalidad psicofarmacológica

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370(9590):851-8.
- 2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 3) Angst, J and Merikangas, K. (1995). The depressive spectrum: diagnostic, classification and course. *J Affect Disord*; 45:31-40.
- 4) Alonzo M, et al. (1997). Evolucion del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptacion de serotonina. *Med Clin Barc*; 108: 161-6.
- 5) Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992;305(6863):1198-202
- 6) Hazell P. Depression in adolescents (Editorial). *BMJ* 2007;335:106-7.
- 7) Benenzon, R. O. (1985): *Manual de Musicoterapia*: Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- 8) Benenzon, R. O. (1992): *Teoria de la Musicoterapia*. Madrid: Mandala Ediciones.
- 9) Poch Blasco, S. (1999): *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios, Ed. Herder.
- 10) Fubini, E. (1998): *La estética musical desde la Antigüedad hasta el siglo XX*: Madrid: Alianza Música.
- 11) Pain S Jarreau G. *Una Psicoterapia por el Arte, Teoria y Tecnica*, editorial Nueva Vision, 1995
- 12) Thayer Gaston, E. y otros (1982): *Tratado de Musicoterapia*: Barcelona: Paidós.
- 13) Alvin, J. (1967): *Musicoterapia*: Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- 14) Naranjo, C. (1997): "Música y conciencia". Patxi del Campo (coord.) *La música como proceso humano*. Salamanca: Colección música, arte y proceso, Amarú Ediciones.
- 15) Odell-Miller H. Why provide music therapy in the community for adults with mental health probelms?. *British Journal of Music Therapy* 1995;9:4-10

- 16) Manchado Torres, Marisa: Hacer Música, Una Herramienta Para La Escucha Terapéutica: Musicoterapia Gestáltica, en Gestalt, Teoría y Técnica – Revista de Terapia Gestalt, Sección: “La Práctica”. Madrid. Marzo 2005, nº 25, p. 130-133
- 17) Naranjo, C. (1997): “Música y conciencia”. Patxi del Campo (coord.) La música como proceso humano. Salamanca: Colección música, arte y proceso, Amarú Ediciones.
- 18) Ginger, Serge: La Terapia Gestalt En La Actualidad, en Gestalt, Teoría y Técnica – Revista de Terapia Gestalt, Sección: “La Teoría”. París. Traducción de Miguel Albiñana. Marzo 2005, nº 25, p. 11-23.
- 19) Spagnuolo Lobb, Margherita: La Consciencia Inmediata En La Práctica Post-Moderna De La Terapia Gestalt, en Gestalt, Teoría y Técnica – Revista de Terapia Gestalt, Sección: “La Teoría”. Italia. Traducción de M^a Cruz García de Enterría. Marzo 2005, nº 25, p. 24-34.
- 20) Medina, Rosa: Cantar Para No Contar: Voz Y Sonido En Terapia Gestalt, en Gestalt, Teoría y Técnica – Revista de Terapia Gestalt, Sección: “La Práctica”. Marzo 2005, nº 25, p. 124-129.
- 21) Dally T. El arte como terapia. Barcelona: Herder, 1987:3-159.
- 22) Pellecer. Jorge: Extractos de la Ponencia para el Panel sobre “La Fuerza Motriz del Desarrollo Coral”, Guatemala, 1995
- 23) Hale AS. Clinical review ABC of mental health: depression ABC of mental health: Depression Clinical review ABC of mental health: Depression Clinical review. ABC of mental health: depression. BMJ 1997;315:43-6
- 24) Edwards JG. Selective serotonin reuptake inhibitors: a modest though welcome advance in the treatment of depression. BMJ 1992;304(6843):1644-6.
- 25) Churchill R, Wessely S, Lewis G. Antidepressants alone versus psychotherapy alone for depression. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, 2003. 10.1002/14651858.CD001974.pub2.
- 26) Churchill R, Wessely S, Lewis G. Combinations of pharmacotherapy and psychotherapy for depression. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, 2003. 10.1002/14651858.CD000285.pub2
- 27) Astin JA. Why patients use alternative medicine. Results of a national study. Journal of the American Medical Association 1998;279(19):1548-53.

- 28) Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2000;177:396-401.
- 29) Jaycox LH, Asarnow JR, Sherbourne C, Rea MM, LaBorde AP, Wells KB. Adolescent primary care patients' preferences for depression treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2006;33:198-207.
- 30) Reinhardt U, Lange E. Effect of music on depressed patients. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 1982;34(7):414-21.
- 31) Hanser 1994 {published data only} Hanser, SB. Effects of music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology* 1994;49:265-9.
- 32) Radulovic 1997 {published data only} Radulovic R, Cvetkovic M, Pejovic M. Complementary musical therapy and medicamentous therapy in treatment of depressive disorders. WPA Thematic Conference Jerusalem, Nov 1997. 1997.
- 33) Hanser 1994 {published data only} Hanser, SB. Effects of music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology* 1994;49:265-9.
- 34) Chen 1992 {published data only} Chen X. Active music therapy for senile depression. *Chinese Journal of Neurology and Psychiatry* 1992;25:208-10.
- 35) Zerhusen 1995 {published data only} Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W. Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Military Nursing Research* 1995;1:28-32.
- 36) Hendricks 1999 {published data only} Hendricks CB. A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. *Dissertation Abstracts International* 2001;62(2-A):472.
- 37) Goodwin 2004 Goodwin LK. The efficacy of guided imagery to enhance approach coping, emotional expressiveness, and psychological well-being of women with breast cancer. *Dissertation abstracts international* 2004;65(5-A):1676.
- 38) Waldon EG. The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *J Music Ther.* 2001; 38: 212-238
- 39) Smith M, Casey L, Johnson D, et al. Music as therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* 2001;28: 855-862.
- 40) Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *J Music Ther.* 2006;43:247-265

- 41) Audun M, Pål G. "The Day the Music Died" A Pilot Study on Music and Depression in a Nursing Home. *Nordic Journal of Music Therapy* vol. 17(1) 2008, 30-40.
- 42) Magee W, Davidson, J. The effect of music therapy on mood states in neurological patients: A pilot study. *Journal of Music Therapy* 2002 39(1) 20-29.
- 43) Teague, A. K., Hahna, N. D., & McKinney, C. H. (2006). Group music therapy with women who have experienced intimate partner violence. *Music Therapy Perspectives*, 24, 80-86
- 44) Kroger, S.M., Chapin, K., & Brotons, M. (1999). Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature. *Journal of Music Therapy*, 36(1), 2-15.
- 45) Hilliard, R. The effects of music therapy-based bereavement groups on mood and behavior of grieving children: A pilot study. 2001 *The Journal of Music Therapy*, 38(4), 291-306.
- 46) NICE. Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem: National Clinical Practice Guideline number 23 (update); October 2009.
- 47) Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Placebos activos versus antidepresivos para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 bNúmero 2. Oxford: Update Software Ltd. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 48) Khan A, Leventhal RM, Khan SR, Brown WA. Severity of Depression and Response to Antidepressants and Placebo: An Analysis of the Food and Drug Administration Database. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(1):40-5.
- 49) Bousoño M, Baca E, Álvarez E, Eguluz I, Martín M, Roca M, et al. Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(Supl. 2):44-52.
- 50) Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):49-53.
- 51) Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1905-17.

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CAISM/IGSS
HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN
ESTUDIO DE INVESTIGACION

Titulo: Musicoterapia como alternativa en los Trastornos Depresivos

Investigador. Dr. JOSE JAVIER BLANCO

Lugar: CAISM/IGSS

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

I- INTRODUCCION

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios

II- PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Muchas personas en nuestra sociedad padecen de depresión. A lo largo de la historia múltiples tratamientos para la depresión han sido utilizados con éxito variable. **El propósito de este estudio es probar nuevas alternativas para el tratamiento de la depresión combinadas con medicamento utilizado ya desde hace varios años.**

III- PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Pueden participar en el estudio pacientes masculinos y/o femeninos que asistan a consulta externa mayores de 18 años y menores de 65 años, con diagnostico de Trastorno Depresivo Unipolar. **El estudio es completamente voluntario. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios**

Se espera que participen 24 personas en el estudio.

IV- PROCEDIMIENTOS:

Usted será evaluado por un medico psiquiatra en consulta externa quien le presentara tres sobres con tres modalidades de tratamientos distintos uno de los cuales usted escogerá. La duración del estudio será de 6 semanas.

V-RIESGOS O INCOMODIDADES

Los riesgos o incomodidades están relacionadas a los efectos adversos que pueden esperarse de cualquier fármaco utilizado en esta Unidad médica psiquiátrica. Sus síntomas podrían no mejorar o podrían empeorar mientras usted está en este estudio. Solamente usted puede tomar el medicamento en estudio. El mismo debe mantenerse fuera del alcance de los niños y de personas que no entiendan sus instrucciones. Si usted quedara embarazada durante el curso del estudio, usted debe parar de tomar los medicamentos del estudio inmediatamente, y comunicarse con el investigador del estudio.

VI- BENEFICIOS

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio. Sus síntomas podrían mejorar como resultado de su participación en este estudio, aunque no hay ninguna garantía de que esto suceda. La información de este estudio de investigación podría conducir a un mejor tratamiento para la depresión en el CAISM del IGSS en el futuro.

VII- COSTOS

No hay ningún costo para participar en este estudio.

VIII- INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE

A usted no se le pagará nada por ser parte de este estudio.

IX- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Si usted decide no participar en este estudio, hay otras alternativas de tratamiento disponibles. Estas incluyen tratamientos con otro antidepresivo y psicoterapia individual. Su médico discutirá el mismo con usted.

X- PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Toda su información será enteramente confidencial así como lo es su expediente médico.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones médicas, pero la identidad suya no será divulgada.

Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito al Investigador Principal en la dirección siguiente: CAISM/IGSS.

La autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud para los propósitos de la investigación es totalmente voluntaria. Sin embargo, de no firmar este documento usted no podrá participar en este estudio. Si en el futuro usted cancela esta autorización, no podrá continuar participando en este estudio.

XI- PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIOS

La participación suya en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. La decisión suya no resultará en ninguna penalidad o pérdida de beneficios para los cuales tenga derecho. De ser necesario, su participación en este estudio puede ser detenida en cualquier momento por el investigador del estudio.

XII- PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, o si piensa que sufre algún inconveniente asociada al medicamento en estudio, usted puede contactar al Equipo Terapéutico de Hospital de Día o a su médico tratante en cualquier momento.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

XIII- CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Firma del Investigador Principal

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CAISM/IGSS
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PARTICIPACION EN
ESTUDIO DE INVESTIGACION

Titulo: Musicoterapia como alternativa en los Trastornos Depresivos
Investigador. Dr. JOSE JAVIER BLANCO
Lugar: CAISM/IGSS

Nombre:	Religión
Sexo:	Profesión
Numero de Afiliación:	Ocupación
Fecha de Nacimiento:	Procedencia
Edad:	Estado Civil
Dirección	Escolaridad
Teléfono	Grupo de apoyo
Ingresos Aproximados	

Motivo de Consulta:

	MARS pts	HAM A pts	CGI pts
Inicio			
21 días			
45 días			

Observaciones

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza, y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza

1.

2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente

3.

4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo

5.

6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración, e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales

1.

2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad

3.

4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas

5.

6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia, o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna

1.

2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido

3.

4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad

5.

6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales

1.

2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero

3.

4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas

5.

6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado

1.

2. Apetito ligeramente disminuido

3.

4. No apetito. Los alimentos saben mal

5.

6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración

1.

2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos

3.

4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer

5.

6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

- 0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 1.
- 2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
- 4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
- 6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

- 0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
- 2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
- 4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
- 6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de: culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

- 0. No pensamientos pesimistas
- 1.
- 2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
- 4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
- 6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene

1.

2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces

3.

4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención

5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

Escala de Hamilton de Ansiedad

1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.

- 0 = ausente
- 1 = ligero
- 2 = moderado
- 3 = elevado
- 4 = invalidante

2. TENSION: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.

- 0 = ausente
- 1 = ligero
- 2 = moderado
- 3 = elevado
- 4 = invalidante

3. MIEDOS: a la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

- 0 = ausente
- 1 = ligero
- 2 = moderado
- 3 = elevado
- 4 = invalidante

5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.

- 0 = ausente
- 1 = ligera
- 2 = moderada
- 3 = elevada
- 4 = invalidante

6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

- 0 = ausente
- 1 = ligero
- 2 = moderado
- 3 = elevado
- 4 = invalidante

7. SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

8. SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

10. SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

12. SINTOMAS GENITOURINARIOS Y SEXUALES: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidantes

13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO : Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = invalidante

14. CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.

- 0 = ausentes
- 1 = ligeros
- 2 = moderados
- 3 = elevados
- 4 = muy intenso

Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)**Gravedad de la enfermedad**

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?:

- 0. No evaluado
- 1. Normal, no enfermo
- 2. Dudosamente enfermo
- 3. Levemente enfermo
- 4. Moderadamente enfermo
- 5. Marcadamente enfermo
- 6. Gravemente enfermo
- 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento):

- 0. No evaluado
- 1. Mucho mejor
- 2. Moderadamente mejor
- 3. Levemente mejor
- 4. Sin cambios
- 5. Levemente peor
- 6. Moderadamente peor
- 7. Mucho peor

Estadísticas del Estudio

Univariate Analysis of Variance

Post Hoc Tests
Evaluacion
Homogeneous Subsets

Grupo
Homogeneous Subsets

Univariate Analysis of Variance

Post Hoc Tests

Evaluacion

Homogeneous Subsets

Grupo

Homogeneous Subsets

Univariate Analysis of Variance

Post Hoc Tests

Evaluacion

Homogeneous Subsets

Grupo

Homogeneous Subsets

Univariate Analysis of Variance

--

Post Hoc Tests

Grupo

Homogeneous Subsets

Means

Primera Medicion

```
> HamiltonA=aov(Hamilton~Grupo+Sexo)
```

```
> MaA=aov(MA~Grupo+Sexo)
```

```
> HamiltonA
```

Call:

```
aov(formula = Hamilton ~ Grupo + Sexo)
```

Terms:

	Grupo	Sexo	Residuals
Sum of Squares	177.6281	102.2419	893.3474
Deg. of Freedom	2	1	19
Residual standard error:	6.856988		

EsQmated e.ects may be unbalanced

```
> anova(HamiltonA)
```

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	177.63	88.814	1.8889	0.1786
Sexo	1	102.24	102.242	2.1745	0.1567
Residuals	19	893.35	47.018		

```
> anova(MaA)
```

Analysis of Variance Table

Response: MA

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	222.79	111.393	5.2575	0.01523 *
Sexo	1	162.65	162.654	7.6769	0.01217 *
Residuals	19	402.56	21.187		

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

```
> TukeyHSD(MaA, "Grupo")
```

Tukey mulQple comparisons of means

95% family--- wise con.dence level

```
Fit: aov(formula = MA ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Grupo
```

	di.	lwr	upr	p adj
B--[?]A .--[?]	6.8214286	---12.873460	---0.7693968	0.0257053
C--[?]A .--[?]	6.2500000	---12.096818	---0.4031819	0.0349888
C--[?]B . .0.5714286 . .--[?]	5.480603	. .6.6234603	.0.9688317	

```
> TukeyHSD(MaA, "Sexo")
```

```
Tukey mulQple comparisons of means
```

```
95% family---wise con.dence level
```

```
Fit: aov(formula = MA ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Sexo
```

	di.	lwr	upr	p adj
M--[?]F .--[?]	6.93891	--- 12.23884	--- 1.638978	0.013006

```
> HamiltonB=aov(Hamilton~Grupo+Sexo)
```

```
> MaB=aov(MA~Grupo+Sexo)
```

```
> anova(HamiltonB)
```

```
Analysis of Variance Table
```

```
Response: Hamilton
```

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	1153.24	576.62	12.3058	0.0003732 ***
Sexo	1	132.30	132.30	2.8234	0.1092672
Residuals	19	890.29	46.86		

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

```
> TukeyHSD(HamiltonB, "Grupo")
```

```
Tukey mulQple comparisons of means
```

```
95% family--- wise con.dence level
```

```
Fit: aov(formula = Hamilton ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Grupo
```

	di.	lwr	upr	p adj
B--A	9.696429	-18.6966198	-0.6962374	0.0334778
C--A	7.875000	0.8200108	16.5700108	0.0800341
C--B	17.571429	8.5712374	26.5716198	0.0002456

```
> anova(MaB)
```

```
Analysis of Variance Table
```

```
Response: MA
```

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	1575.08	787.54	37.3928	2.587e-07 ***
Sexo	1	139.71	139.71	6.6335	0.01853 *
Residuals	19	400.17	21.06		

```
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

```
> TukeyHSD(MaB, "Grupo")
```

```
Tukey mulQple comparisons of means
```

```
95% family-wise confidence level
```

```
Fit: aov(formula = MA ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Grupo
```

	di.	lwr	upr	p adj
B--A	14.625	-20.6589964	-8.591004	0.0000185
C--A	5.375	0.4543944	11.204394	0.0738836
C--B	20.000	13.9660036	26.033996	0.0000002

```
> TukeyHSD(MaB, "Sexo")
```

```
Tukey mulQple comparisons of means
```

```
95% family-wise confidence level
```

```
Fit: aov(formula = MA ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Sexo
```

```
          di.          lwr          upr          p adj
M--[?]F .--[?] 6.430921 --- 11.71506 --- 1.146784 0.019673
```

```
> HamiltonC=aov(Hamilton~Grupo+Sexo)
```

```
> MaC=aov(MA~Grupo+Sexo)
```

```
> anova(HamiltonC)
```

Analysis of Variance Table

Response: Hamilton

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	771.78	385.89	15.7998	9.094e-05 ***
Sexo	1	1.13	1.13	0.0462	0.832
Residuals	19	464.05	24.42		

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

```
> TukeyHSD(HamiltonC, "Grupo")
```

Tukey mulQple comparisons of means

95% family-wise confidence level

```
Fit: aov(formula = Hamilton ~ Grupo + Sexo)
```

```
$Grupo
```

```
          di.          lwr          upr          p adj
B--[?] A --- 1.258929e+01 --- 19.087102 --- 6.091470 0.000267
C--[?] A .--[?] 1.776357e-015 .--[?] 6.277487 .6.277487 .1.000000
C--[?] B  1.258929e+01   6.091470 19.087102 0.000267
```

```
> anova(MaC)
```

Analysis of Variance Table

Response: MA

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
Grupo	2	556.81	278.403	17.5978	4.737e-05 ***
Sexo	1	45.22	45.218	2.8582	0.1072

Residuals 19 300.59 15.820

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

> TukeyHSD(MaC, "Grupo")

Tukey mulQple comparisons of means

95% family--- wise con.dence level

Fit: aov(formula = MA ~ Grupo + Sexo)

\$Grupo

	di.	lwr	upr	p adj
B--[?]A .--[?]	5.535714	---10.765328	---0.3061009	0.0369522
C--[?]A . .6.625000 . . .1.572714 .11.6772865				.0.0093735
C--[?]B .12.160714 . . .6.931101 .17.3903276				.0.0000313

> kruskal.test(GlobalSubjeQva~Grupo)

Kruskal--[?] Wallis rank sum test

data: GlobalSubjeQva by Grupo

Kruskal--[?] Wallis chi--- squared = 0.2266, df = 2, p--- value = 0.8929

Para la segunda medicion hay diferencias:

> kruskal.test(GlobalSubjeQva~Grupo)

Kruskal--[?] Wallis rank sum test

data: GlobalSubjeQva by Grupo

Kruskal--[?] Wallis chi--- squared = 10.8679, df = 2, p--- value = 0.004366

> kruskalmc(GlobalSubjeQva~Grupo)

MulQple comparison test aker Kruskal--- Wallis

p.value: 0.05

Comparisons

	obs.dif	criQcal.dif	di.erence
A--[?] B	9.473214	8.403322	TRUE
A--[?] C	0.562500	8.118380	FALSE
B--[?]C	.10.035714	.8.403322	TRUE

> kruskal.test(GlobalSubjeQva~Grupo)

Kruskal--[?] Wallis rank sum test

data: GlobalSubjeQva by Grupo

Kruskal-Wallis chi-squared = 15.48, df = 2, p-value = 0.0004351

y las diferencias

```
> kruskalmc(GlobalSubjeQva~Grupo)
```

Multiples comparison test after Kruskal-Wallis

p.value: 0.05

Comparisons

	obs.diff	critcal.diff	difference
A-B	7.000	8.403322	FALSE
A-C	6.125	8.118380	FALSE
B-C	13.125	8.403322	TRUE

```
>
```

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: Musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

