

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

**“EL USO DE LA MUSICOTERPIA EN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD
DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE”**

AXFIED FLORIBEL ABDE ROSALES ARRIAZA

ASTRID NOHEMY ALBIZÚ SENTÉ

GUATEMALA, AGOSTO DE 2012

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

**“EL USO DE LA MUSICOTERPIA EN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD DE
PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE”**

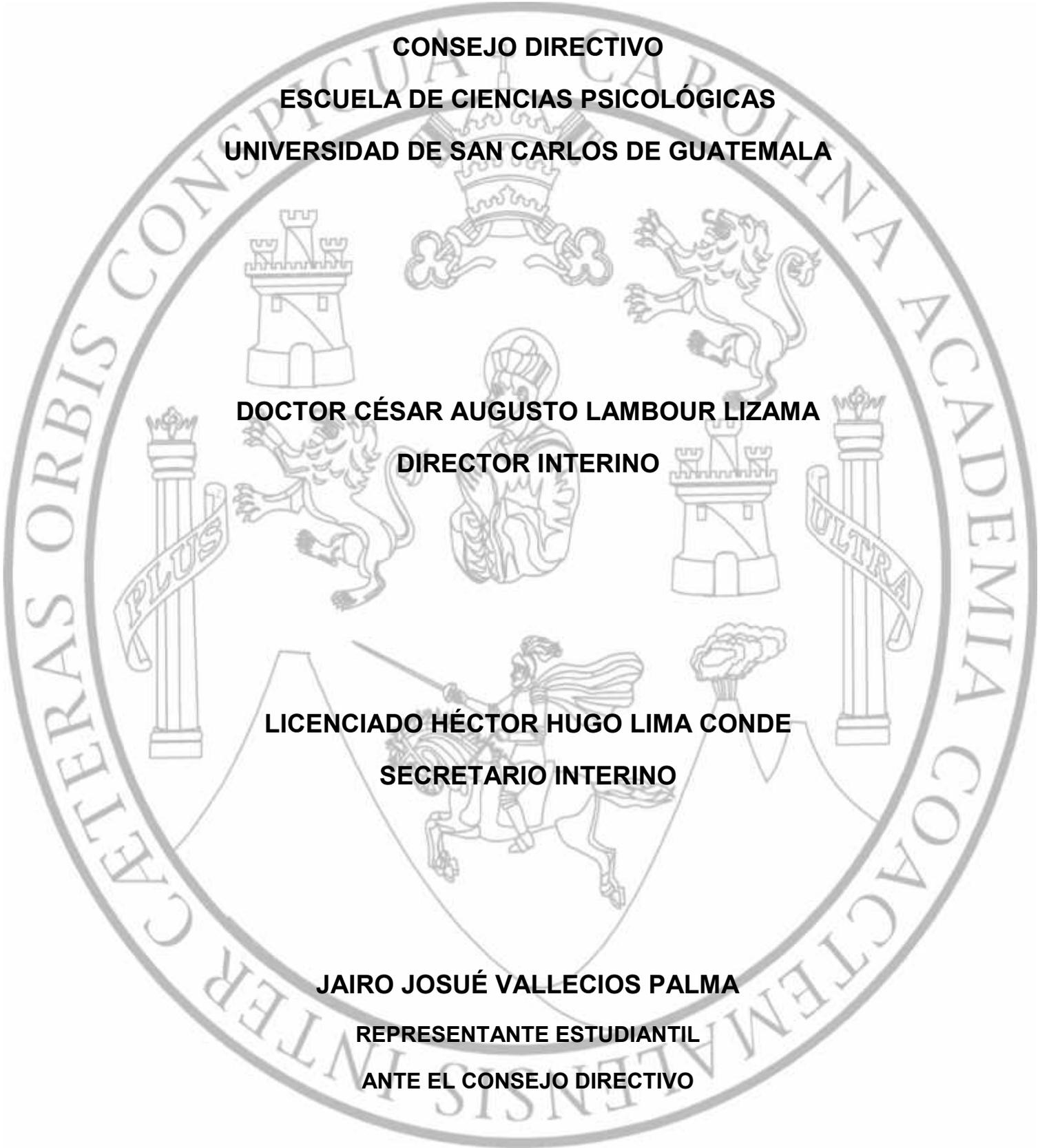
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
AXFIED FLORIBEL ABDE ROSALES ARRIAZA
ASTRID NOHEMY ALBIZÚ SENTÉ**

**PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012



**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 162-2012
DIR. 1911-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de octubre de 2012

Estudiantes

Axfied Floribel Abde Rosales Arriaza

Astrid Nohemy Albizú Senté

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS GUIÓN DOS MIL DOCE. (1900-2012)**, que literalmente dice:

“UN MIL NOVECIENTOS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EL USO DE LA MUSICOTERAPIA EN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE”**, de la carrera de: **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Axfied Floribel Abde Rosales Arriaza
Astrid Nohemy Albizú Senté

CARNÉ No. 2007-13675
CARNÉ No. 2007-20130

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Rafael Rosales García y revisado por Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

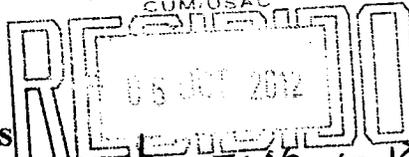
“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Coordinación e Información
CUM/USAC



CIEPs

1650-2012

162-2012

REG:

229-2012

REG:

FIRMA:

HORA:

15:06

Registro:

162-12

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 02 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“EL USO DE LA MUSICOTERAPIA EN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.”

ESTUDIANTE:

Axfied Floribel Abde Rosales Arriaza

Astrid Nohemy Albizú Senté

CARNÉ No.

2007-13675

2007-20130

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 25 de septiembre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 01 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado  Marco Antonio García Enríquez

COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo

Arellis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usncpaic@usac.edu.gt

CIEPs. 1651-2012
REG: 162-2012
REG: 229-2012

Guatemala, 02 de octubre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

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

**"EL USO DE LA MUSICOTERAPIA EN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD
DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE."**

ESTUDIANTE:
Axfied Floribel Abde Rosales Arriaza
Astrid Nohemy Albizú Senté

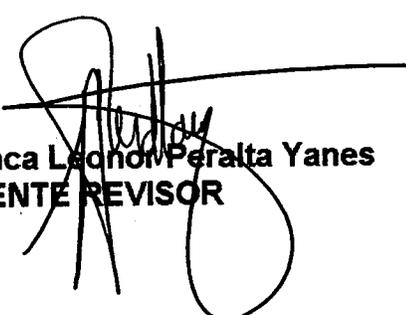
CARNÉ No.
2007-13675
2007-20130

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 17 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo

Guatemala 23 de Agosto 2012

Apreciable
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPS

Es de agrado comunicarme con ustedes por medio de la presente deseándoles éxitos en sus labores, me suscribo con el fin de informar, que eh tenido la oportunidad de revisar el proceso de Informe Final del las compañeras ; **Astrd Nohemy Albizu Senté y Axfied Floribel Rosales Arriaza**, que lleva como nombre "EL USO DE LA MUSICOTERAPIA EN SIENTOMAS DE ANSIEDAD DE PACIENTE CON ESCLEROSIS MULTIPLE"

Sin otro particular me suscribo



Atentamente
Lic. Hugo Rafael Rosales García
colegiado Activo 2701

Lic. Hugo Rafael Rosales García
col. 2701



ASOCIACIÓN GUATEMALTECA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Personería Jurídica inscrita en el Registro Civil de la Ciudad capital 17 de agosto 2000.
2ª. Calle "A" 33-40 Zona 11 Utatlán II, Guatemala, Centro América
Telefax: (502), 2433-9683 e-mail: asogem2gmail.com

Guatemala 10 de agosto de 2012

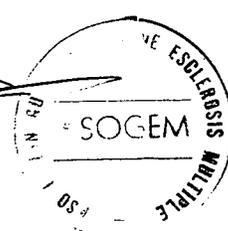
Licenciado
Marco Antonio García
Coordinador Centro de Investigación en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio se hace constar que las estudiantes Axfield Floribel Abde Rosales Arriaza, carné 200713675 y Astrid Nohemy Albizú Senté, carné 200720130 realizaron en esta institución el trabajo de campo para sus tesis con fines de graduación titulado: **"El Uso de La Musicoterapia en Síntomas de Ansiedad de Pacientes con Esclerosis Múltiple"** Durante el periodo comprendido del 02 de junio al 04 de agosto del año en curso, en horario de 09:00 a 12:00 horas. Las estudiantes han cumplido con lo estipulado en su proyecto de investigación por lo que agradecemos su participación en beneficio a los pacientes que asisten en nuestra sede.

Sin otro particular me Suscribo,


Mariano Ramirez
ASOGEM
Cel. 5690-8538



PADRINOS DE GRADUACIÓN

- *POR AXFIED FLORIBEL ABDE ROSALES ARRIAZA*

DR. OSCAR AUGUSTO FIGUEROA ROCHE

GINECÒLOGO OBSTETRA

COLEGIADO 9728

Y

LIC. MARIO ALBERTO ROSALES GOMEZ

CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR

COLEGIADO 5440

- *POR ASTRID NOHEMY ALBIZÚ SENTÉ*

DR. CARLOS ARMANDO SUBUYUJ ALVAREZ

MEDICO CIRUJANO

COLEGIADO 6231

DEDICATORIA

Acto que dedico:

En especial a Dios por regalarme la oportunidad de aprender sobre esta hermosa ciencia, por ser mi inspiración, Por enséñame que el amor puede hacer cosas increíbles y hermosas. Y que junto a él siempre estaré plena y dispuesta a servir con todas mis fuerzas

A mis Padres, Mario y Flory quienes siempre han estado allí y me han apoyado, que a pesar de todo siempre me esperan con un abrazo confiar en que lo lograría. Por haber dicho sí a la vida 2 veces más y regalarme la oportunidad de tener a 2 hermanos maravillosos Dmaria y Santiago, Los amo.

A mis abuelitos, Leonicia , Cupertino por siempre ser esos seres maravillosos que siempre me brindan de amor y de ternura. Siempre los llevare en mi corazón.

A Mis primos, y a mis Tíos, por ser siempre el consejo y el empujón cuando me quería rendir.

A Becky, Saúl, Melvin, Mario y Sonia: por ser unos excelentes hermanos mayores y darme grandes ejemplos de vida y tener siempre un gesto de amor hacia a mi.

A mis amigos y Amigas, que eh conocido en cada etapa de mi vida y por ser siempre aquellos seres especiales que siempre te dan una sonrisa cuando crees que la tuya estaba perdida, son bellos regalos de parte de Dios.

A los pacientes de Esclerosis Múltiple, quienes han sido un ejemplo de lucha y esfuerzo y sobre todo fortaleza.

A la Música por ser mi compañera, por ser la protagonista en este logro, por ser mi compañera y mi mejor forma de alabar la vida.

Al Dr. Oscar Figueroa Zibara y María E. Gómez, por ser siempre esos ángeles que me ven desde el cielo y que siempre llevare en mi corazón, siempre serán esa guía de sabiduría en mi vida.

Axfied Floribel Rosales Arriaza

DEDICATORIA

Acto que dedico:

A Dios, por prestarme la vida, por darme las fuerzas y la inteligencia para poder realizar las metas que me he propuesto. Por cada una de las oportunidades maravillosas que me ha dado para demostrarme lo infinito que es su amor hacia mí y las personas que amo.

A mis padres, Luis y Francisca Albizú, porque de no ser por ellos, este sueño no hubiese llegado a hacerse realidad, les agradezco cada esfuerzo que hicieron por darme lo mejor y apoyarme de manera incondicional durante el transcurso de esta maravillosa carrera.

A mi hermano Abimael, por ser un hermano maravilloso, por estar siempre a mi lado y por ser esa fuerza que me inspira a ser mejor persona cada día.

A los amores de mi vida: tú Nestor y este fruto de nuestro amor que pronto estará con nosotros!!! Gracias por ser parte de esta experiencia, por estar conmigo en todo momento y darle tanta felicidad y plenitud a mi vida. No tengo palabras para explicar todas las emociones que me invaden al tenerlos a mi lado. Gracias por tanto!!! Los Amo con todo mi corazón!!!

A los pacientes de la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple, que me han enseñado tantas cosas en estos tres años que pude compartir con ellos, por esa enorme capacidad de amar que poseen y por esa fuerza indestructible que los mantiene en pie día con día luchando por seguir adelante. Son un gran ejemplo a seguir para mí y una gran inspiración de lucha y constancia.

Astrid Nohemy Albizú Senté

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, por ser nuestra casa de estudios, la cual respetamos y dignamente llevaremos su nombre.

A NUESTROS DOCENTES, que a lo largo de nuestra formación profesional nos han transmitido sus conocimientos, en especial la Licenciada Blanca Peralta Yanes y Licenciado Hugo Rafael Rosales, por su apoyo y la asesoría que nos brindaron; a nuestros docentes por su cariño y apoyo, siempre los llevaremos en nuestro corazón.

A LA ASOCIACION GUATEMALTECA DE ESCLEROSIS MULTIPLE, por abrirnos las puertas de la institución y darnos la oportunidad de llevar a cabo este proyecto, y permitirnos trabajar con cada uno de los pacientes. A las terapistas tanto físicas como practicantes de Psicología, que amablemente nos recibieron y compartieron sus conocimientos, cariño y apoyo en especial a Don Mariano Ramírez, al personal administrativo y a la Junta directiva.

A LOS PACIENTES Y FAMILIARES DE ASOGEM, por confiar en nosotras y sobre todo mostrar su afecto y colaboración con este proyecto porque siempre estuvieron dispuestos a colaborar con nosotras y enseñarnos con amor que siempre debemos tener un espíritu de lucha.

A NUESTROS COMPAÑEROS Y AMIGOS, por cada momento de alegría de convivencia y porque siempre nos apoyamos y todos en equipo supimos enfrentar los obstáculos.

¡¡Gracias a todos por ser parte de nuestra vida y regalarnos tanto!!

Axfied Floribel Rosales Arriaza y Astrid Nohemy Albizú Senté

Índice

Resumen	2
Prólogo	3
Capítulo I: INTRODUCCION	
1.1. Planteamiento Del Problema Y Marco Teórico	4
1.1.1. Planteamiento Del Problema	4
1.1.2. Marco Teórico	5
1.1.2.1. Antecedentes	5
1.1.2.2. Musicoterapia	6
1.1.2.2.1. Canales De Comunicación	7
1.1.2.2.2. Fundamentos Biológico	8
1.1.2.2.3. La Música Funcional	12
1.1.2.3. Musicoterapia Y Ansiedad	15
1.1.2.4. Ansiedad	15
1.1.2.4.1. Aspectos Generales	18
1.1.2.4.2. Síntomas	20
1.1.2.4.3. Teorías Psicológicas y la Ansiedad	24
1.1.2.4.4. Tratamiento	26
1.1.2.5. Esclerosis Múltiple	27
1.1.2.5.1. Consecuencias de La E.M	31
1.1.2.5.2. Tratamiento de la E.M	40
1.1.2.6. Premisas Del Trabajo	42
Capítulo II : Técnicas E Instrumentos	
2.1 Técnicas e Instrumentos	43
2.1.1técnicas	43
2.1.2 Metodología	43
2.1.3 Población	43
2.1.4 Técnicas De Recopilación De Datos	44
2.1.5 Técnicas De Análisis	44
2.2. Instrumentos	45
Capítulo III : Análisis Y Presentación De Los Resultados	
3.1 Procedimientos Del Trabajo	46
3.2 Resultados Generales Del Proyecto De Investigación	47
3.3 Resultados Del Proyecto De Investigación Especificados Por Casos	48
Capítulo IV: Conclusiones Y Recomendaciones	
Conclusiones	55
Recomendaciones	56
Bibliografía	57
Anexos	59

Resumen del Proyecto

Titulo de proyecto: **EL USO DE LA MUSICOTERPIA EN SINTOMAS DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE**

Autoras: Axfied Floribel Abde Rosales Arriaza
Astrid Nohemy Albizú Senté

El siguiente proyecto tiene como propósito la incorporación de la musicoterapia al tratamiento psicológico que reciben los pacientes con esclerosis múltiple para disminuir sus niveles de ansiedad y que de esta manera los psicólogos puedan tener otras alternativas de trabajo, se ha observado que los casos de ansiedad que presentan los pacientes con Esclerosis Múltiple son bastante altos y se considera la musicoterapia como una herramienta eficaz para su mejoría.

Para esta investigación se utilizó como población de estudio a los pacientes que asisten a la Asociación guatemalteca de Esclerosis Múltiple de manera regular, sin diferencia de sexo o edad, ni estatus económico. Se utilizará el método cualitativo, utilizando como técnicas de investigación la observación, recopilación de datos, revisión de expedientes, entrevistas no estructuradas y descripción de resultados. Los instrumentos a utilizar son hojas de evaluación y evolución de la técnica de musicoterapia aplicada así como una escala para medir niveles de ansiedad.

Prologo

La elaboración del presente trabajo, tiene como finalidad, mejorar la atención psicológica clínica al momento de atender pacientes con discapacidad en el ámbito de enfermedades desmielinizantes en el sistema nervioso central como principal déficit en el lenguaje y otras áreas tanto físicas como cognitivas y emocionales que es el caso de Pacientes que padecen Esclerosis Múltiple, siendo esta afección progresiva y degenerativa. Se toman la bondadosas virtudes que ofrece el estímulo música a nivel cerebral y físico- neurológico, por lo que el pacientes con esclerosis múltiple tendrá una nueva alternativa al incluir la musicoterapia en su tratamiento integral, y sobre todo, esta investigación tiene como objeto la disminución de síntomas de ansiedad que son comunes en este padecimiento. Por lo que se pretende que sea uno de los variados servicios que ofrecen la Asociación Guatemalteca De Esclerosis Múltiple ASOGEM, que brindaran una mejor calidad de vida a dichos pacientes.

Se pretende motivar al campo de Salud Integral a que fomente y aplique el uso de la musicoterapia, tanto en pacientes que padecen enfermedades desmielinizantes , como también los que presentan síntomas de ansiedad, ya que esta técnica tiene efectos positivos sobre ambos, y aunque es poco incursionada en el ámbito psicológico puede dar grandes avances al momento del tratamiento. Es necesario pues que el profesional de psicología, fomente el uso de terapias alternativas, con certificaciones validas , como lo es la musicoterapia para velar por una mejora mas eficaz y puntual sobre las necesidades y limitaciones que posee su paciente.

CAPÍTULO 1

I. INTRODUCCION

1.1. Planteamiento Del Problema Y Marco Teórico

1.1.1 Planteamiento Del problema

En la actualidad en la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple, se observa una alta demanda de pacientes para recibir apoyo psicológico, que muestran altos índices de ansiedad, por lo sé tomo dicho centro para la elaboración de la investigación. Esto debido a las limitantes que la enfermedad con lleva, como lo son los trastornos de movimientos, posturas, percepción, lenguaje, atención y coordinación, entre otros, así como las diversas dinámicas familiares que se manejan en cada caso en específico, lo cual influye en el tratamiento, también se ha observado que provoca ciertas dificultades al terapeuta en cuanto a la eficacia del tratamiento psicológico, este problema es más evidente en las pacientes de edad adulta que padecen Esclerosis Múltiple , este grupo de personas presentan con mayor frecuencia la enfermedad, teniendo como principales características la rigidez, contracción muscular, movimientos torpes y vacilantes, debilidad muscular, movimientos involuntarios, problemas visuales y percepción espacial, incapacidad de comunicación kinestésica y del lenguaje verbal además de deterioros de salud mental entre estos con más frecuencia la ansiedad que ocasionan a quienes padecen esta enfermedad.

Se utilizo como base teórica el modelo Benenzon que es uno de los modelos que busca métodos y diagnósticos terapéuticos que comprende la naturaleza el cuerpo humano, los instrumentos musicales, el medio ambiente, los órganos receptores de los sonidos y la impresión y percepción en el sistema

nervioso para lograr una respuesta. “Debemos comprender que la musicoterapia actúa fundamentalmente como una alternativa en la psicología es decir que su aporte terapéutico reside en la modificación en los problemas emocionales, de las actitudes y de la energía de dinámica psíquica. Además su contribución no solo está como técnica de comunicación sino también como coadyuvante de otras técnicas terapéuticas, donde la musicoterapia abrirá los canales de comunicación para que estos puedan actuar eficazmente”.¹

1.1.2 MARCO TEÓRICO

1.1.2.1 Antecedentes

Los siguientes aportes nos indican que durante los tiempos primitivos y antiguos ya se usaba la música como método terapéutico, y todos estos aportes que se han venido manifestando durante siglos, han contribuido para que la disciplina de la musicoterapia solidifique sus bases.

Los primeros escritos en donde se hace referencia a su influencia sobre el cuerpo humano parten del año 1899 y 1500 a.C. todos los autores parecen coincidir sobre el primer relato de musicoterapia o música curativa que es la efectuada por David. El hombre ha creído que el sonido era una fuerza cósmica presente en el comienzo del mundo y que tomó forma verbal. Los egipcios creyeron que el dios Thot creó el mundo, no con el pensamiento, sino solamente con su voz. Para el hombre primitivo el sonido fue un medio de comunicación, asimismo en las civilizaciones totémicas existía la creencia que cada uno de los espíritus que habita el mundo posee su propio sonido específico e individual.

¹ Rolando O. Benenson , 2000: Musicoterapia de la teoría a la práctica, *cap. 11 Aplicaciones Clínicas en la Musicoterapia*, pp 163.

Es por ello que la música ha sido una constante en todas las culturas, desde la antigüedad hasta el presente, también ha tenido la capacidad inmediata de transmitir emociones y atmósferas con una intensidad que ninguno de los otros sentidos, incluso el visual puede alcanzar, siendo que la imagen solo nos muestra un segmento del tipo de realidad, mientras que la música nos inunda con un todo sin tapujos.

Los griegos dieron a la música un empleo razonable y lógico, sin implicaciones mágicas religiosas, utilizándola como prevención y curación de las enfermedades físicas y mentales. Aristóteles hablaba del valor médico de la música y Platón la recomendaba con las danzas para los terrores y las fobias. En el siglo XV, Ficino se esfuerza por una explicación física de los efectos de la música, uniendo la filosofía, medicina, música, magia y astrología. A mediados del siglo XVII, Burton reunió todos los ejemplos disponibles de curación por medio de la música.

1.1.2.2 Musicoterapia:

Es el campo de la medicina que se encarga del complejo estudio del ser humano por medio del sonido, su objetivo es abrir la comunicación entre el ser humano por medio de la música, para la producción de efectos terapéuticos y rehabilitativos dentro de la sociedad. El proceso evolutivo del ser humano posee dos elementos importantes que son el Arte y la Ciencia, con los cuales es capaz de elaborar la música. La musicoterapia utiliza el sonido, la música y los instrumentos corpo-sonoros-musicales para establecer la relación entre musicoterapeuta y paciente y con esto mejorar la calidad de vida del paciente e integrarlo a la sociedad.

Asimismo para el empleo de la musicoterapia es imprescindible que ésta cuente para su producción con tres tipos de individuos, los cuales serían el compositor, el fabricante del instrumento y la música adquirida y reproducida por medio de discos de diferentes autores, y por el intérprete. El objetivo principal de la musicoterapia está en el término “terapia” un concepto que se puede entender como la valorización del aspecto terapéutico y el aspecto musical, tomando en cuenta que no se le debe confundir con solo música.²

1.1.2.2.1 Canales de comunicación:

Al abrirse estos canales vienen siendo los movimientos más importantes que posee la musicoterapia en la comunicación del ser humano. Estamos hablando de procedimientos que debemos incluir para que pueda haber una interacción entre una persona y otra, aplicando para la activación de estos canales las diferentes técnicas y metodologías de las que se vale la musicoterapia para correcta aplicación. Para establecer este tipo de canales en pacientes con esclerosis múltiple se debió tomar en cuenta la dificultad que muchos de ellos pudieron presentar al momento de percibir su entorno y su capacidad para desarrollar dichos canales.³

Por otra parte, no se deben confundir los canales de comunicación en musicoterapia con una comunicación corriente, sino se debe tener muy presente que los canales que se emplean en musicoterapia están dirigidos a producir cambios tanto en el sistema emocional como a nivel físico. En la

² Benenzon Rolando, Musicoterapia de la teoría a la práctica, *Cap. 1 Definición*, pp. 25

³ Benenzon Rolando, Musicoterapia de la teoría a la práctica, *Cap. 1 Canales de Comunicación*, pp. 38

apertura de estos canales, el terapeuta fue el encargado de conducir la comunicación de tal manera que el paciente fue expuesto a situaciones e intercambio de mensajes, que a su vez produjeron un tratamiento más efectivo.

La alternativa de trabajar en un contexto no verbal como lo es la musicoterapia y la posibilidad de fabricar instrumentos musicales que se adapten a las perturbaciones emocionales del paciente con esclerosis múltiple crea canales de comunicación entre él y el mundo externo. Estos canales producen un efecto de comunicación de primer nivel.

1.1.2.2.2 Fundamentos biológicos:

Se ha demostrado que dentro de nosotros tenemos grabadas la formas de tensar y relajar los músculos, de dormir, hablar, pensar y preocuparnos; no solo están grabadas en la mente sino también en las células, el doctor Deepak Chopra explica que los átomos, células y tejidos están unidos por <<hilos invisibles>> compuestos por tenues vibraciones que mantienen unido el ADN y que según él son la fuerza más potente de la naturaleza,⁴ sin embargo como en el caso de la esclerosis múltiple se altera la secuencia del ADN; según el modelo que expone, al aplicar un sonido primordial que se deslice sobre las células alteradas las obliga a ocupar su puesto, no físicamente, pero sí reparando la secuencia en el sonido del corazón de cada una, las cuales van archivando y transmitiendo no solo a través del cerebro sino también a través de otras estructuras orgánicas y funcionales. Los científicos saben que la pérdida de actividad neurológica puede activar mecanismos compensatorios, partes del cerebro que han estado <<dormidas>> pueden <<asumir>> la

⁴ Campbell Don, 1998, El Efecto Mozart, *cap 6 Liberar Imágenes del Cuerpo*, pp.160-161

función dañada en su totalidad o en parte. Es posible que la música y el sonido, así como ciertos tipos de ejercicio y lenguaje, activen o pongan en marcha más rápida este fenómeno, llamado <<plasticidad neural>>. *

“La música debe ser estudiada en relación directa con el sistema nervioso”, nos dice el doctor Tomatis, “porque indiscutiblemente sale de un sistema nervioso hacia otro sistema nervioso, donde el primero actúa como emisor y el segundo se comporta como un receptor. En ese sentido, el instrumento que mejor dominó Mozart, como ningún otro compositor, fue el cuerpo humano. *

La música está íntimamente ligada con el dominio de áreas fundamentales del sistema simpático, como son el lenguaje, la coordinación y la memoria, todas ellas indispensables para poder desarrollar las habilidades espacio-temporales.

Las obras musicales estimulan y sirven como un puente entre el sistema simpático y los ritmos de vida exterior, ritmos que fomentan el lenguaje y el desarrollo de la persona dentro de la sociedad. La música tiene el poder de levantar o desplomar la salud de una persona, no por sí misma sino por esta relación tan íntima entre el oído y el sistema parasimpático, el oído resulta ser dinámico, el cual recolecta la mayor parte de la energía que necesita el cerebro para generar su energía nerviosa.

* Don Campbell. El Efecto Mozart. Pp. 160-161

* Sergio Berilos. Educar con Música. Pp. 93

Modelo teórico ISO

Definición: Es un modelo teórico universal propuesto por Benenzon, caracterizado por ser el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan. Este movimiento constante está formado por las energías sonoras heredadas por medio de las estructuras genéticas, por las vivencias vibratoriales, gravitacionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias analógicas desde el nacimiento hasta la edad adulta. Esto finalizaría por crear una identidad corpóreo-musical siendo esta identidad individual y que diferencia a cada uno de los seres humanos. Este concepto es dinámico pues esta identidad está en constante movimiento conforme el hombre va experimentando diversos procesos de comunicación, es un elemento que posee, potencializadas, todas las fuerzas de percepciones pasadas y presentes. Por eso en terapéutica el verdadero acto de comunicación se reconocen y se diferencian el ISO del terapeuta y el ISO del paciente, esto se da al momento que el terapeuta es capaz de identificar los sonidos que le son gratos al paciente y a el mismo.

Estructuras

ISO Universal: son las energías corpo-sonoras-musicales que se encuentran en el inconsciente, heredadas genéticamente desde hace milenios de milenios, estas energías caracterizan a todo el género humano ya que se dan de manera innata, entre estas energías innatas

podemos mencionar el latido de nuestro corazón, el sonido que provoca nuestra respiración, el sonido del agua, el flujo sanguíneo.

ISO Gestáltico: son energías corporo-sonoros-musicales que también se encuentran en movimiento en el inconsciente, pero que se van desarrollando a partir de la historia de ese individuo, es decir estas energías se dan desde que el niño se encuentra en vientre de la madre, desde los primeros movimientos del embrión cuando se une el espermatozoide y el ovulo, comienzan a manifestarse las energías que caracterizan al individuo en particular. Es posible que estas se vayan amoldando a partir de las estructuras del ISO universal.

ISO Cultural: está formado por energías corporo-sonoras-musicales que se nutren desde el nacimiento del individuo y con todos los estímulos que recibirá del medio ambiente que le rodea, forma parte del preconscious y son tanto la aceptación como el rechazo a ciertos sonidos de su cultura u otra, que pueda manifestar la persona. *

Objeto intermediario:

Es todo elemento capaz de permitir el paso de energías de comunicación corporo-sonoro-musicales entre un individuo, este es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación sin desencadenar estados de alarma intenso, lo cual quiere decir que el objeto intermediario es fundamental para que exista una comunicación con el paciente, en este caso fue el objeto intermediario

* Rolando Benenzon. Aplicaciones Clínicas de La Musicoterapia. Pp. 34

del proyecto que se realizo lo implemento el terapeuta, quien por medio de la música busco una mejor interacción con el paciente. Asimismo tiene características que se presentan como: el objeto intermediario es de existencia real y concreta, tiene la capacidad de poder adaptarse al entorno en el que se aplica y a las necesidades que presente el paciente.

Objeto integrador: es aquel instrumento corpóreo-sonoro musical que permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí, puede variar en cuanto a su calidad de fabricación y su origen.

Espacio Vincular: Es el que se forma entre dos personas cuando interaccionan las energías de comunicación, sin estas energías presentes, el espacio es solo virtual y forma un gran vacío. Cuando las energías de comunicación que están formadas por la conjunción de los ISO de cada individuo en ese momento el objeto intermediario e integrador tiene su máxima capacidad de acción para fluidificar esas energías, por lo cual se debe tener en cuenta que el espacio vincular se genere entre dos o más personas con intencionalidades determinadas.

1.1.2.2.3 **La Música Funcional**

Al ser empleada la música funcional tiene resultados psicofisiológicos que traen consigo efectos positivos entre los que se puede mencionar: aumento del metabolismo, según sea su ritmo puede aumentar o disminuir la energía muscular, aumenta la respiración o disminuye su frecuencia, produce variados pero marcados efectos sobre el volumen relativo de la sangre, disminuye a través de distintos mecanismos el impacto de los estímulos sensoriales, aumenta la ejecución de actividades voluntarias, reduce la aparición de fatiga, incrementa

la extensión de los reflejos musculares, reduce la sugestibilidad, puede facilitar la atención. El Harvard Fatigue Laboratory experimenta sobre la posibilidad de que cierta clase de música, para cierto tipo de gente puede llegar a sostener la atención, prolongando así el desempeño psicomotor mas que el efecto de algunas drogas. *

La música funcional con propósitos de este tipo responde a ciertos principios que son: racionada, ya que la música en forma continua forma su propia monotonía, y su programación vital. Los programas tienen una programación basada en un plan que toma en cuenta variables musicales como lo son el tiempo, la velocidad de la música, el ritmo o más bien el metro patrón de la música y el efecto tímbrico de los diferentes instrumentos.

La diferencia entre la música funcional y la música de fondo es que esta última está colocada sin ninguna metodología, únicamente es colocada según el gusto de quien la pone.

Se sabe que los sectores indemnes del cerebro poseen reserva de las que el organismo puede extraer elementos de sustitución, compensación o restitución de los efectos resultantes del daño sufrido. En esta reserva, la que el musicoterapeuta ayudara a desarrollar, es decir la musicoterapia actuara como un elemento que ira de adentro del paciente hacia afuera, como predominancia, y en menor grado como un elemento de estimulo sensorial de afuera hacia adentro.

Fue necesario trabajar de modalidad individual, y se debe utilizar esta metodología para manejar la testificación del encuadre no verbal, para

* Ibid 145

establecer dentro del ISO del paciente y de los objetos intermediarios, los objetos sonoros perjudiciales que no traen ningún beneficio. Por otra parte el musicoterapeuta debe considerar que cada sesión es no solo terapéutica sino también de observación diagnóstica, una observación en la cual podemos darnos cuenta de las reacciones que tiene el paciente durante la sesión de musicoterapia. a través de las sesiones se fue conociendo la forma de comunicación más adecuada, como también las posibilidades de respuesta psicofísicas y de esa manera acrecentar paulatinamente las posibilidades de desarrollo y enriquecimiento físico emocional.

La música ambiental, de actitud o de la Nueva Era sin ningún efecto dominante prolonga la sensación de espacio y tiempo y puede inducir un estado de alerta relajada. Los trastornos o la debilidad de la función vestibular podrían ser causa de impedimentos para hablar, mala coordinación motora y dificultades para estar de pie o sentado, gatear o caminar. A través de la medula, los nervios auditivos se conectan con todos los músculos del cuerpo. De ahí que el sonido influya directamente también en el tono muscular, el equilibrio y la flexibilidad.*

Sea cual sea la reacción, la música produce efectos mentales y físicos, se ha demostrado una y otra vez que la música y los sonidos autogeneradores pueden modificar las ondas cerebrales. Ciertas músicas barrocas, de la Nueva Era y ambientales, puede cambiar el estado de conciencia mejorando la focalización de la atención y el bienestar general.**

* Don Campbell. El Efecto Mozart. Pp. 63-64

** Ibid. pp. 75-76

Estas significativas ventajas que tiene el sonido y la música en nuestro cuerpo, por sí solas pueden transformarse en estímulos conscientes y, con ello, mejorar la coordinación del sistema psicomotor, por lo tanto, el sonido y la vibración influyen en la fuerza, la flexibilidad y el tono muscular; la reacción mental y motriz de una persona que escucha música es mayor que la de aquellos que no lo hacen.

1.1.2.3 Musicoterapia y Ansiedad:

el uso terapéutico de la música para aliviar la ansiedad o el dolor que acompañan a una intervención quirúrgica y a exámenes médicos está muy extendido. Muchos estudios ensalzan los beneficios de la música en el quirófano o la sala de exámenes. Muchos afirman que con la música se siente menos necesidad de anestesia, escuchar música barroca o clásica lenta durante varios días disminuye los niveles de ansiedad. *

1.1.2.4 Ansiedad:

Podemos referirnos a ese conjunto de sintomatología que se presenta y se caracteriza como una forma de adaptación común del ser humano que aparece de la siguiente forma “Es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno”⁵

⁵ Adolfo Jarne Esparcia et al, 2009: Psicopatología, *cap. 3 los trastornos de Ansiedad*, pp 119.

Es el miedo crónico que se mantiene en ausencia de una amenaza directa es un correlato psicológico habitual del estrés. La ansiedad es adaptativa si motiva conductas de afrontamiento afectivas; sin embargo, cuando se vuelve tan grave que altera el funcionamiento normal se conoce como trastorno de ansiedad.

La consulta psicológica inicia comúnmente Cuando la persona, experimenta por un determinado tiempo síntomas expuestos anteriormente y no puede tener tranquilidad, esto puede presentarse en situaciones concretas o cotidianas donde el estado de alerta se da de manera innecesaria, entonces hablamos de un trastorno de Ansiedad. La persona puede experimentar sintomatologías desgastantes en las áreas de su vida y deterioros en sus relaciones interpersonales, y la idea constante de que algo no está bien, en este punto comúnmente el paciente acude con frecuencia a la atención profesional.

Tenemos que tener en cuenta que siempre se posee bajo un cuadro de ansiedad una causa intrínseca en el paciente que constituya la reacción de una amenaza ya sea de origen somático o psicológico. El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo bueno, ya que motiva y puede ayudar a ser más productivo. Sin embargo, demasiado estrés o una respuesta fuerte al estrés son dañinas. Esto puede predisponer a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas específicas como infección, cardiopatía o depresión. El estrés persistente puede llevar a que se presente ansiedad y comportamientos malsanos como comer demasiado y consumir alcohol o drogas.

La ansiedad es un problema muy común tanto en la población de personas con el padecimiento de Esclerosis Múltiple como a nivel cultural y social. Es un padecimiento que tiene la comorbilidad con trastornos como depresión y según se expone en el ensayo de ciencia, de John J. Ratey (El cerebro: Manual de

Instrucciones) podríamos decir que la ansiedad es “un pariente pobre del miedo. Una parte considerable padece de trastornos de Ansiedad que reflejan algunas de las inquietudes más humanas, de la posición social y de la aceptación por Dios.”⁶ Ambas de estas simples inquietudes humanas se presentaron en el paciente con Esclerosis Múltiple, ya que luego de ser abatido con constantes achaques a su dignidad física, mental y psicológica, provocada por las crisis recurrentes, por lo que se está expuesto a constantes inquietudes de aceptación social y su comunión de Credo. Podemos destacar que en muchas ocasiones las representaciones sociales, refuerzan en el paciente con dicho padecimiento la culpa y el sentimiento de castigo y de que algo deben de estar pagando, por padecer de E.M.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia. Aproximadamente el veinticinco por ciento de las personas sufre un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. Los principales trastornos de ansiedad que consideraremos son las fobias específicas, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. Como punto de partida en la consideración de la causa de los trastornos de ansiedad conviene recordar el análisis de las fobias. Algunos teóricos creen que las fobias son respuestas preparadas, es decir, respuestas que la evolución nos ha predispuesto biológicamente a adquirir mediante el aprendizaje, por lo que parecemos estar predispuestos para asociar ciertos estímulos con temores intensos.

Desde una perspectiva cognoscitiva, la gente que siente que no tiene control sobre los eventos estresantes de su vida está más propensa a experimentar

⁶ John J. Ratey, 2000: Ensayo “El Cerebro Manual de Instrucciones”, *cap.5 El Miedo*, pp 134.

ansiedad que quienes creen tener el control sobre dichos acontecimientos. No obstante, en la misma situación algunas personas desarrollan temores poco realistas, mientras que otras no lo hacen. Los psicólogos que trabajan desde la perspectiva biológica señalan a la herencia, argumentan que la predisposición a los trastornos de ansiedad es heredada. De hecho algunas evidencias sugieren que los trastornos de ansiedad suelen presentarse en familias y tienen una elevada tasa de concordancia entre gemelos idénticos en comparación con los gemelos fraternos. Cualquier modelo comprensivo de la ansiedad debe explicar lo que parece ser el papel vital de los conflictos psicológicos internos.

1.1.2.4.1 Aspectos generales

Un paciente con ansiedad presenta como signos y síntomas generales comportamientos de aprensión y tensión, reflejados en su cuerpo y en su expresión facial.” Elevación de hombros y manos, continuos cambios de posición, tics, mirada furtiva y móvil, parloteo incesante o mutismo entre otros“.⁷

Todos los trastornos de ansiedad se relacionan con sentimientos como miedo, preocupación, abatimiento, así como diversas reacciones fisiológicas del estrés como taquicardia (aceleración del ritmo cardiaco), hipertensión (tensión arterial alta), náusea, dificultades de respiración, alteraciones del sueño y niveles elevados de glucocorticoides.

Ansiedad a niveles patológicos: En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen el denominado *trastorno de ansiedad*, que tiene

⁷ Mariano Diez Benavides , 1976: De la emoción ala Lesión, cap. 2 *De la emoción ala lesión* , pp 28.

consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, etc.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

Es común que el paciente tiene una tendencia a preocuparse constantemente por el futuro, siente que todo está en riesgo, desde sus relaciones interpersonales, de salud, laborales, sociales etc., el padecer ansiedad es un miedo del mañana, que no le permite ver a la persona que la padece la seguridad, ni la estabilidad. En la vivencia subjetiva del paciente es muy común que se hagan presentes las *preocupaciones inmotivadoras*: en primer lugar infiriendo precisamente sobre su estado de salud, estas preocupaciones tienen que ver con todos los sucesos que de alguna u otra manera tienen una relación con él, sus preocupaciones respecto al provenir de todos sus actos son de forma pesimista y problemática “estos temores y estas preocupaciones tienden a presentarse de manera repetitiva o asumiendo a veces tonalidades dramáticas , sin que sean reales o evidentemente justificados los motivos de tales manifestaciones”⁸

⁸ Paolo Pancheri , 1974: Manual de Psiquiatría *cap. 2 Síntomas Psicóticos* , pp 32.

1.1.2.4.2 Síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. Todos estos evaluados en la escala de Hamilton fueron evidenciados por los pacientes de E.M.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten

la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas

La ansiedad se mezcla y manifiesta por todas las áreas del sujeto, se puede hacer énfasis que en el sistema muscular, en el sistema neurovegetativo que a su vez tiene el control de sistema nervioso autónomo y éste de los diferentes órganos y sistemas, se ven más que afectados y se pueden tener síntomas como ;“tensión de la musculatura voluntaria; sudoración en la frente, las axilas y las palmas de las manos (éstas, además de húmedas, son frías), taquicardia, hipertensión; respiración superficial y rápida, acompañada frecuentemente de suspiros; sequedad de la boca, contracciones epigástricas, náuseas y dispepsia así como diarrea, incontinencia o estreñimiento”.⁹

Estas reacciones químicas orgánicas, llevan a que padecimiento de la ansiedad infrinja en sus funciones génito urinarias, desde la frigidez y la impotencia en la erección hasta la necesidad frecuente de la micción. En el electroencefalograma se ve que se presenta mayor actividad beta y menor ritmo de alfa. El rendimiento del paciente, se verá afectado constantemente, su cerebro ocupará más actividad en mantener la homeostasis de las preocupaciones constantes que el sujeto se autoimpone que descuidará la productividad del paciente.

En la emoción del paciente se construyen dos estados, una respuesta fisiológica y una recepción sensorial apropiada. Y se cree que la excitabilidad se encuentra perturbada. La adaptación juega un papel muy

⁹ Mariano Diez Benavides, 1976: De la emoción ala Lesión, *cap. 2 De la emoción a la lesión* , pp 28

importante en la ansiedad ya que estos requieren de más tiempo para adaptarse al medio o al estímulo, por lo que se tiene una respuesta lenta. Quien padece ansiedad, “puede poseer en su personalidad rasgos que le predispongan al desarrollo de reacciones de ansiedad ante una serie de estímulos; esta predisposición puede tal vez ser en parte genética y constitucional y en parte resultado de experiencias pasadas”,¹⁰ dichos estímulos conscientes o inconscientes pueden desencadenarla. Estos estímulos se presentan de una manera de hiper reacción. Cada vez que el paciente se somete a este estímulo, por condicionamiento positivo, cae en que no puede superar lo que provoca ansiedad, por lo que cuando nuevamente se va convirtiendo este proceso en estímulo, reforzador y respuesta.

Perturbaciones conductuales

Esta es la parte más importante al momento de atender a un paciente, ya que es lo visible de un mal completamente endógeno, dichos síntomas son los signos observables objetivamente, ciertos comportamientos que presente nuestro paciente pueden darnos impresiones muy acertadas sobre el estado emocional y de ansiedad que experimenta.

La inquietud motora: Un paciente que padece ansiedad no puede contener la calma, se presencia que “no puede mantener una misma posición por largo tiempo, generalmente se estruja, o se tuerce las manos, a veces se muerde las uñas o se lastima los labios con los dientes, en ocasiones tiene movimientos mímicos estereotipados o tics”¹¹

¹⁰ Ibid 29

¹¹ Paolo Pancheri , 1974: Manual de Psiquiatría cap. 2 Síntomas Psicóticos , pp 32.

La irritabilidad: La tolerancia a los estímulos que se le presentan al paciente pueden percibirse por él, de manera mucho más reducida que en cualquier otra persona, desencadenando condiciones motoras poco controladas, al igual que las cargas emotivas en los estímulos verbales son mucho más propensos a generar estímulos intensos.

Perturbaciones en el Sueño: es un estado muy frecuente es estados ansiosos, por lo general se experimentan en el paciente al inicio del sueño, pero también con un despertar anticipado durante la noche y puede presenciarse un estado totalmente alterado con la aparición del insomnio, es común que los pacientes refieran que su contenido en sus sueños lleva una carga de angustia o pesadillas.

Alimentación: juega bajo bipolaridades, puede inferir a conductas de inapetencia o evitación por el alimento y gula que es una alimentación excesiva.

Entre las formas del comportamiento en las que el paciente utiliza mecanismos para calmar la ansiedad, podemos encontrar el de la satisfacción oral como comer, fumar, contacto y roce con otras personas; el desahogo mediante la risa, el llanto o la palabra; los efectos del ritmo y el sonido o la música; ejercicio físico, hiperactividad general, recurrir a la fantasía y soñar despierto.¹²

¹² Mariano Diez Benavides, 1976: De la emoción ala Lesión, *cap. 2 De la emoción a la lesión* , pp 30-32

1.1.2.4.3 Teorías Psicológicas y la Ansiedad

Teoría Psicodinámica. Freud llama a la ansiedad “angustia” y según éste teórico psicoanalista, juega un papel importante en el proceso bioquímico fisiológico en el individuo, dicha respuesta fomenta que el “organismo se altera ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual -libido- para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma”. La angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del *súper yo* y de los instintos prohibidos, *ello*, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.¹³

Teorías Conductistas. Ya que sus principios se basan en que todas las conductas son aprendidas y reforzadas. Según esta teoría, la ansiedad es producto de un proceso complejo condicionado, de este modo los sujetos que experimentan sus síntomas han aprendido de manera no adecuada a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos,

¹³ J. Vallejo Ruiloba et al, 2000: trastornos afectivos Ansiedad y Depresión, cap. 1 Aspectos históricos , pp 5

sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.¹⁴

Teorías Cognitivistas: Tratan de entender las causas y soluciones a este conjunto de síntomas, para los cognitivos los individuos eligen su atención, podríamos decir que los pacientes que padecen Ansiedad experimentan un alto contenido en su atención en estímulos que ponen en amenaza su vida y lo explican de la siguiente forma y enfatizando “La importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, debido a que la atención del individuo se enfoca demasiado en un estímulo amenazante y que los pensamientos catastróficos o irracionales fuerzan el miedo y la ansiedad”.¹⁵

La ansiedad como producto de "cogniciones" patológicas, donde el individuo decide afrontar su realidad, mediante sustracciones imaginarias atemorizantes. La persona que vive bajo los síntomas de ansiedad, interpreta experiencias de su vida parcial y total como una señal de alarma y una amenaza que podría posicionarlo con algo dañino para su salud física o psíquica, estas suposiciones se activan generando una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

¹⁴ Luis A. Obitas et al, 2006: *Psicología de la Salud y Calidad de vida* , cap. 1 *Introducción a la psicología de la Salud y de la medicina Somática* , pp 6-

¹⁵ David Sue et al, 2002: *Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal* , cap. 6 *Trastornos de Ansiedad* , pp 117”

1.1.2.4.4 Tratamiento:

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen:

Fármacos ansiolíticos

Psicoterapia cognitivo-conductual

Técnicas de relajación

 Técnicas de respiración

 Musicoterapia

 Aromaterapia

 Mejor manejo del tiempo

 Ejercicio físico

 Yoga

 Caminar

 Cambios en la alimentación

 Hipnosis y autohipnosis

Algunos pacientes aseguran que observan reducciones considerables en su ansiedad con tomar tan sólo estas medidas. En ciertos casos es necesario utilizar fármacos durante la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional calificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos pueden no ser necesarios.

Manejo de Ansiedad

El manejo de las emociones, comienza conociéndolas, aprendiendo a vivir con ellas, y reconocer cuándo son beneficiosas y cuándo pueden hacer daño. La persona tiene que entender que la lucha contra la

ansiedad, con los sentimientos y pensamientos que lleva asociados su tremendo esfuerzo, está marcando la dirección de su vida, en lugar de sus aspiraciones, objetivos y valores que le llevarían a ser más feliz. El control o manejo de las emociones, con especial referencia a la ira y la ansiedad. Control o manejo adecuado no es supresión. Es un tomar conciencia de la emoción, comprenderla y usar esto para transformar las situaciones en nuestro beneficio.

En el trabajo la ira o la cólera irracionalmente expresada con insultos no nos ayuda a triunfar con nuestros jefes, clientes., colegas. La energía positiva que nos da el conectarnos sanamente con nuestro enojo puede ayudar a superar injusticias, frustración, y a escalar cumbres difíciles. Para el manejo de la ansiedad es importante detectar e identificar cambios de ansiedad: los incrementos del ritmo cardíaco, la presión arterial, el ritmo de respiración, la intensidad de sudoración son señales de cambios fisiológicos, pueden estar asociados con diversas emociones. El primer paso es tomar conciencia de que estamos más ansiosos que la normalidad.

1.1.2.5 Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple es una enfermedad progresiva que afecta a la mielina de los axones del sistema nervioso central. Resulta particularmente inquietante porque de costumbre ataca a individuos jóvenes en el inicio de su vida adulta. Primero se producen áreas microscópicas de degeneración en las vainas de mielina; pero acaban por deteriorarse tanto la mielina como los axones asociados, al tiempo que aparecen muchas zonas de tejido cicatrizado endurecido.

Es difícil diagnosticar la esclerosis múltiple ya que la naturaleza y la gravedad del trastorno dependen de la cantidad, tamaño y localización de las lesiones escleróticas. Además en algunos casos se producen largos

periodos de remisión (de más de dos años) durante los cuales el paciente parece prácticamente normal. Sin embargo, estos periodos por lo general son solo oasis en la evolución del trastorno.

La esclerosis múltiple es un trastorno autoinmunitario –un trastorno en el que el sistema inmunitario del organismo ataca una parte del organismo, como si fuera una sustancia extraña-. En la esclerosis múltiple, la mielina es el foco de la reacción inmunitaria incorrecta. De hecho uno de los enigmas de la esclerosis múltiple es que la respuesta curativa de una nueva mielinización, que ocurre en todos los modelos animales y en las primeras fases de la mayoría de los casos humanos, acaba por fracasar. Sólo puede ser diagnosticada con fiabilidad mediante una autopsia post-mortem o una biopsia aunque existen criterios no invasivos para diagnosticarla con aceptable certeza.

La Esclerosis Múltiple es llamada también Esclerosis en placa, se trata de una afección crónica desmielinizante del sistema nervioso central, su origen se desconoce, y según encuestas nacionales el 0.1% la padece, aunque en la literatura se conoce que ataca principalmente a personas de 20 a 40 años, sin embargo en ASOGEM se conocen casos de personas menores de 20 años con la enfermedad¹⁶, esta enfermedad se observa con mayor frecuencia en mujeres.

La causa de los síntomas se debe a que La esclerosis múltiple (EM) afecta al cerebro y la médula espinal. Lesiona la vaina de mielina, la mielina es el material que rodea y protege las células nerviosas. La lesión

¹⁶ ESTADISTICA DE LA ASOCIACION GUATEMALTECA DE ESCLEROSIS MULTIPLE

hace más lentos o bloquea los mensajes entre el cerebro y el cuerpo, conduciendo a los síntomas de la EM".¹⁷

Por el momento se considera que no tiene cura aunque existe medicación eficaz y la investigación sobre sus causas es un campo activo de investigación. Las causas exactas son desconocidas. Puede presentar una serie de síntomas que aparecen en brotes o que progresan lentamente a lo largo del tiempo. Se cree que en su génesis actúan mecanismos autoinmunes.

Incidencia y etiología: El trastorno se da en el 0.15% de la raza blanca y es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres. Las investigaciones indican que existe una fuerte predisposición genética a padecer esclerosis múltiple, y que está implicada una gran cantidad de genes diferentes, haciendo cada uno de ellos una pequeña contribución.

La prueba de que los factores ambientales influyen en que se produzca esclerosis múltiple proviene del hallazgo de que la incidencia de la esclerosis múltiple es mucho más elevada entre personas que pasan su infancia en un clima frío, incluso si posteriormente se trasladan a un clima más cálido. Su prevalencia oscila entre 30-80 por 100.000 habitantes en los lugares de alta incidencia (norte de Europa y de EEUU), entre 6-14 por 100.000 en los de media (sur de Europa y de EEUU) y menor del 6 por 100.000 en los de baja, siendo del orden del 1 por 100.000 en los trópicos, lo que indica una mayor ocurrencia de la EM en los climas fríos y templados, mientras que en zonas polares o tórridas, esta enfermedad es prácticamente desconocida (Adams y Kubik, 1952; Baum y Rothschild,

¹⁷ John J. Rate, 2000: Ensayo "El Cerebro Manual de Instrucciones", *cap.5 El Miedo*, pp 134.

1981). Existen pocos datos sobre la prevalencia de la EM en nuestro país, indicando los estudios realizados diferentes tasas en función

En contraposición, la prueba de que intervienen factores genéticos procede del descubrimiento de que la esclerosis múltiple es poco frecuente en determinados grupos étnicos como los africanos o los asiáticos, incluso cuando viven en un medio ambiente en el que la incidencia de la enfermedad es alta en otros grupos.

Tipos y Clasificación de la Esclerosis Múltiple: En la mayoría de los casos la esclerosis comienza con la aparición aguda de síntomas en un espacio que varía de horas a días, habitualmente llamado exacerbación, ataque o episodio. Más adelante se habla de recaída. El primer síntoma es a menudo la neuritis óptica, una inflamación del nervio óptico que causa deterioro de la visión y dolor al mover el ojo. Sin embargo, no todos los pacientes con una neuritis óptica desarrollan EM. Alteraciones sensoriales como entumecimiento u hormigueo también son síntomas iniciales frecuentes. En principio, la esclerosis puede comenzar con cualquiera de los síntomas asociados a la enfermedad.

EM benigna En los casos de EM benigna, tras uno o dos ataques, la recuperación es completa. La enfermedad no empeora a lo largo del tiempo y suele tener síntomas menos graves. Estos casos sólo se identifican cuando queda una incapacidad permanente pequeña a los 10 o 15 años del primer ataque, que fue identificado en su día como EM con recaídas.

EM con recaídas y remisiones Especialmente en fases tempranas de la enfermedad, los síntomas disminuyen o desaparecen espontáneamente en un período que puede durar de días a meses. Este tipo de transcurso se llama con recaídas y remisiones. Nuevas recaídas pueden aparecer en

semanas o varios años y son imprevisibles. Estas recaídas pueden incluir los síntomas anteriores y/u otros nuevos. Sin embargo, estudios de resonancia magnética muestran que el daño a los nervios puede continuar en estos pacientes incluso cuando los síntomas han remitido. Se sabe desde hace mucho tiempo que la EM *nunca duerme*, por lo que la importancia del tratamiento preventivo es grande. Muchos enfermos permanecen en esta fase el resto de sus vidas.

EM progresiva secundaria En muchos casos la enfermedad cambia al cabo de varios años y los síntomas comienzan a progresar lentamente con o sin recaídas sobreimpuestas. No se conoce aún bien su etiología.

EM progresiva primaria Un 10 % de todos los individuos afectados presentan un avance crónico desde el principio sin remisión de los síntomas. Es la llamada forma progresiva primaria y a menudo aparece junto a debilidad en las piernas y alteraciones en el andar y en la vejiga urinaria. Parece que son procesos degenerativos y no inflamatorios los que tienen un papel preponderante en este tipo. En los casos en que la forma progresiva primaria se superponen a recaídas se suele hablar de progresiva con recaídas.

Existen también otras formas de esclerosis múltiple, que para muchos son enfermedades distintas, que se agrupan bajo el nombre colectivo de formas fronterizas de la esclerosis múltiple.

1.1.2.5.1 Consecuencias de la Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple (EM) afecta varias áreas de la vida de los pacientes, por lo tanto va deteriorando su calidad de vida en varios aspectos uno de ellos es el área cognitiva es decir alteración de las funciones superiores,

entre ellos podemos encontrar aspectos vitales tan importantes como el trabajo o las relaciones familiares y sociales.

Área cognitiva

Si bien antiguamente se consideraba que no existían déficits cognitivos en el EM, sino que era una enfermedad fundamentalmente física; actualmente se sabe que es común un patrón de déficits cognitivos específicos. El patrón que siguen los déficits cognitivos es un patrón fronto-subcortical; afectando por tanto a las funciones localizadas en el lóbulo frontal y en las zonas subcorticales. Respecto a los déficits frontales puede haber cambios conductuales (apatía, falta de motivación, pseudodepresión; o por el contrario desinhibición, impulsividad, agresividad e irascibilidad, infantilismo.) y en las funciones ejecutivas (Capacidad para planificar, flexibilidad mental, razonamiento.) En cuanto a las funciones subcorticales lo más habitual es que exista una reducción en la velocidad de procesamiento cognitivo. Estos déficits deben ser evaluados por un neuropsicólogo (neuropsicología) y existen evidencias parciales sobre que la rehabilitación neuropsicológica específica puede ayudar a reducirlos o compensarlos.

El patrón del deterioro cognitivo en los pacientes con no es uniforme. En las fases iniciales de la enfermedad es, leve y de comienzo insidioso, aunque la variabilidad interindividual es amplia, dependiendo de las alteraciones anatopatológicas predominantes en las lesiones y de su número y localización. “En los casos más graves, se puede incluir dentro de la demencia subcortical, con enlentecimiento intelectual, problemas de atención, alteraciones del razonamiento abstracto, fallos en la resolución de problemas y disfunción de la memoria. Algunos autores destacan que

se trata de una complicación casi invariable de las etapas avanzadas de la enfermedad”¹⁸

Las alteraciones visuales, la debilidad muscular, las parestesias, los temblores, las ataxias son síntomas frecuentes de la esclerosis múltiple. Los estudios epidemiológicos de la esclerosis múltiple han proporcionado datos sobre los factores ambientales y genéticos que influyen en su evolución. La epidemiología consiste en el estudio de los diversos factores, como la dieta, la localización geográfica, la edad, el sexo y la raza, que intervienen en cómo se distribuye una enfermedad en la población general.

Dado que la esclerosis múltiple afecta el cerebro y la espina dorsal, es de naturaleza degenerativa y a menudo lleva a una discapacidad progresiva, no es extraño que las personas afectadas sufran dificultades emocionales. Depresión, ansiedad, ira, miedo, junto con otras emociones se diagnostican a menudo entre las personas que sufren EM o los allegados. A pesar de que estos sentimientos son comprensibles, tienen implicaciones sociales, especialmente cuando interfieren con el trabajo, la escuela y la vida familiar. En particular, la depresión lleva asociada el peligro de suicidio.

Todos estos problemas pueden ser solucionados con tratamientos psicológicos y medicación adecuada. Numerosos síntomas han sido señalados de forma consistente en relación a este trastorno: depresión, ansiedad, euforia asociada con algún grado de demencia, ignorancia de la enfermedad o de sus síntomas, irritabilidad, fatiga, apatía, trastornos de la

¹⁸ William Pryse et. al 1984: “Neurología Clínica”, *cap.48 Enfermedades de Mielina*, pp 634.

autoimagen, alteraciones cognitivas, disfunciones sensomotoras, etc. El impacto emocional de la EM sobre los pacientes y sobre sus familias ha sido ampliamente referido. Como muchas enfermedades crónicas, la EM se acompaña de múltiples alteraciones cognitivo-emocionales y comportamentales (véase, para una revisión reciente de la literatura Devins y Selan (1987) y Patterson y Foliart (1985)).

Área física

La Esclerosis Múltiple causa la reducción de las funciones corporales, se pueden dar “nivel muscular, ocular, intestinal, vesiculares, del habla y de deglución, cerebrales, neuronales, sexuales entre otros”¹⁹. En los casos más avanzados, la pérdida de movilidad en las extremidades es una de las consecuencias de la enfermedad. “En casos más severos puede perder el control del sistema digestivo y urinario”.²⁰ Los pacientes con EM pueden sufrir varios síntomas físicos por ejemplo:

Síntomas a nivel musculares:

- *Pérdida del equilibrio*
- *Espasmos musculares*
- *Entumecimiento o sensación anormal en cualquier área*
- *Problemas para mover los brazos y las piernas*
- *Problemas para caminar*
- *Problemas con la coordinación y para hacer movimientos pequeños*
- *Temblor en uno o ambos brazos o piernas*
- *Debilidad en uno o ambos brazos o piernas*

¹⁹ Poser CM, Brinar VV----- . Criterios diagnósticos para la esclerosis múltiple; FEDEM, Rev 14, 1 – 19

²⁰ William Pryse et. al 1984: “Neurología Clínica”, *cap.48 Enfermedades de Mielina*, pp 635.

Síntomas a niveles vesicales e intestinales:

- *Estreñimiento y escape de heces*
- *Dificultad para comenzar a orinar*
- *Necesidad frecuente de orinar*
- *Urgencia intensa de orinar*
- *Escape de orina (incontinencia)*

Síntomas a nivel ocular:

- *Visión doble*
- *Molestia en los ojos*
- *Movimientos oculares rápidos e incontrolables*
- *Pérdida de visión (usualmente afecta un ojo a la vez)*
- *Entumecimiento, hormigueo o dolor:*
- *Dolor facial*
- *Espasmos musculares dolorosos*
- *Sensación de picazón, hormigueo o ardor en brazos y piernas*

Otros síntomas cerebrales y neurológicos:

- *Disminución del período de atención, de la capacidad de discernir y pérdida de la memoria*
- *Dificultad para razonar y resolver problemas*
- *Depresión o sentimientos de tristeza*
- *Mareos o pérdida del equilibrio*
- *Hipoacusia*

Síntomas sexuales:

- *Problemas de erección*

- *Problemas con la lubricación vaginal*

Síntomas del habla y de la deglución:

- *Lenguaje mal articulado o difícil de entender*
- *Problemas para masticar y deglutir*
- *La fatiga es un síntoma común y molesto a medida que la EM progresa y con frecuencia es peor al final de la tarde*²¹

Área conductual

La esclerosis múltiple afecta el área de la conducta de una manera en que las emociones son confusas, La ira es un sentimiento que puede ir asociado a la EM y, de hecho, con todas las enfermedades crónicas graves. También se ha informado de la aparición de "risa patológica" y "llanto patológico". Esencialmente se refiere a una reacción inapropiada a la situación, tal como risas en un funeral o llanto al oír buenas noticias. A menudo es consecuencia de la desmielinización de las áreas del cerebro encargadas del juicio".²²

Área emocional

En el área emocional podemos darnos cuenta que la aparición de patologías psicológicas se hacen presentes, si el paciente no busca ayuda profesional. Es normal en los pacientes el trastorno adaptativo mencionado en el DSM IV TR, y sus tipologías.

²¹ Poser CM, Brinar VV----- . Criterios diagnósticos para la esclerosis múltiple; FEDEM, Rev 14, 1 – 19

²² William K. Hass 1979: "Clínicas Médicas del Norte, Neurología Clínica Métodos para resolver viejos Problemas", *cap.6 Esclerosis Múltiple*, pp. 741.

“Se observan estado de ánimos mixtos, entre manías y depresiones. Se asevera el uso de mecanismos defensa como la negación, racionalización, la proyección y la sublimación siendo esta ultima utilizada en terapia para conllevar la enfermedad”.²³

Entre las alteraciones emocionales, las más frecuentemente informadas han sido niveles clínicos y subclínicos de depresión y ansiedad, consecuentes al impacto personal y social y a las necesidades impuestas por un trastorno de las características de la EM. Entre dichas alteraciones, la depresión es, sin duda, la más consistentemente informada. Young et al. (1976) sugirieron que los episodios depresivos dependían sobre todo de la localización anatómica de las zonas de desmielinización, apuntando que aparecen precozmente en los casos en los que el tronco cerebral y las estructuras diencefálicas están dañados. Schiffer et al. (1983) plantearon, a su vez, la doble perspectiva de considerar la depresión como reacción psicológica normal ante el impacto de la enfermedad o bien como un síntoma intrínseco y propio de la EM. Para ello, formaron dos grupos de afectados de EM, asignando al primero los sujetos con desmielinización cerebral y al segundo los pacientes con desmielinización no cerebral. El primer grupo, con daño cerebral, presentó una mayor tasa de episodios depresivos, muy superior a la presentada por el segundo grupo, con daño no cerebral.

Schiffer y Babigian (1984) informaron de mayor tasa de problemas depresivos en los sujetos afectados de EM que en pacientes afectados de epilepsia temporal o de esclerosis lateral amiotrófica, sugiriendo que la razón de esta mayor incidencia de estados depresivos en pacientes afectados de EM, puede deberse al daño de estructuras límbicas por el

²³ William Pryse et. al 1984: “Neurología Clínica”, *cap.48 Enfermedades de Mielina*, pp 638.

proceso de desmielinización, a las similitudes genéticas entre la depresión y la EM y/o a alteraciones selectivas del metabolismo de las monoaminas en el SNC.

Por último, Baretz y Stephenson (1981) distinguen cuatro tipos de reacciones afectivas ante la EM: depresión franca, depresión enmascarada, humor neutro (aceptación realista de las consecuencias de su enfermedad) y humor elevado, optimista e incluso eufórico. El estudio sugiere un cambio del estado de ánimo del paciente de EM conforme avanza su enfermedad y aumentan sus incapacidades funcionales. La transición se realizaría de un estado eufórico al depresivo franco.

Los pacientes comunican sentirse tristes , los episodios depresivos son más grandes en las crisis y cuando surgen problemas económicos o afectivos, desvalidos, desafortunados y con una gran carga de culpabilidad por padecer la enfermedad, también comparten que sus temores y ansiedades se deben a que no desean morir y dejar desvalidos a sus hijos y familiares.²⁴

Área psicosocial

El paciente se siente diferente, cree muchas veces que nadie puede comprender la raíz de sus sentimientos y que en los grupos sociales su condición física será una manera o forma para ser discriminado, según del CONADI, Guatemala no es un país donde las personas discapacitadas tengan un lugar adecuado en la sociedad. Por lo que la discriminación y desinformación del entorno es una constante negativa en la rehabilitación del paciente, las especulaciones de la personas cercanas muchas veces

²⁴ James P. Chaplin /Aline Demeres 1981: "Neurología Clínica ", *cap 6. Lesiones y enfermedades de la Medula Espinal en el Hombre*, pp 133.

generan heridas, que cuesta trabajo superar en psicoterapia. Al igual que la ideología y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Por lo que el paciente prefiere en muchas ocasiones el aislamiento. Prefiere quedarse en casa antes de ser sometido a un sin número de molestos comentarios.

Área familiar

Los pilares de la rehabilitación del paciente con EM son el apoyo de su familia en el proceso. La problemáticas familiares que se ven en ASOGEM según las estadísticas, son el abando del cónyuge al grupo primario, ya que no concibe la relación de pareja luego de la aparición de la enfermedad, esto se da con más frecuencia en los cónyuges masculinos. Al igual que la presencia de patologías anisoginas en los familiares, ya que no pueden soportar la idea de ver como poco a poco un ser querido va empeorando. Es común el abandono del grupo primario del paciente aunque en menos grano en Guatemala, se es más común la función reactiva “La sobreprotección” y el descuido total y a tención a las necesidades primarias q devenga el paciente. Por otra parte la aceptación de la enfermedad juega un papel primordial en la rehabilitación tanto física como emocional. Es común que no se tenga por parte de los seres cercanos al paciente. Ponen en tela de duda el diagnostico, hasta que tiene la suficiente fuerza para asumirlo y afrontarlo. “cerca del 10% de paciente con este padecimiento tienen antecedentes familiares, por los tanto es probable que intervengan factores inmunitarios heredados que predispongan a los individuos y sus familias a los múltiples factores causantes que resulta de la desintegración de la familia.” ²⁵

²⁵ William Pryse et. al 1984: “Neurología Clínica”, *cap.48 Enfermedades de Mielina*, pp 632.

Área Laboral

La mayoría de pacientes según el registro de ASOGEM cuenta con grandes porcentajes tanto de deserción laboral como de falta de oportunidades y contratación de pacientes en el campo laboral, si el deterioro del paciente es controlable y las secuelas son de un 20% el paciente puede realizar su trabajo de manera normal con limitantes, aunque en la situación laboral Guatemalteca se evita la contratación de personas con EM ya que el seguro social es con altamente devengado por los trabajadores, al igual que no es de conveniencia con las constantes faltas y severas recaídas, el estrés laboral tiene 2 efectos en el paciente, uno que fortalece su autoestima y otro que posibilita la crisis. “Estadística Asogem”

1.1.2.5.2 Tratamiento de la Esclerosis Múltiple:

No existe cura para la esclerosis múltiple. Sin embargo se han encontrado varios medicamentos que son eficaces en su tratamiento, frenando el desarrollo de la enfermedad y combatiendo los síntomas. Sólo la variante remitente-recurrente tiene tratamientos aprobados por la FDA y la EMEA. Actualmente, son tres interferones (Avonex, Betaseron -conocido en Europa como *Betaferon*- y Rebif), un conjunto de polipéptidos llamado Copaxone, un inmunosupresor llamado Mitoxantrone y finalmente un anticuerpo monoclonal llamado Natalizumab y comercializado como Tysabri.

La EM progresiva primaria es muy difícil de tratar. Los corticoesteroides a altas dosis cada tres meses pueden tener algún efecto. En principio no existe un tratamiento preventivo efectivo para la EM progresiva primaria. El tratamiento de los síntomas, y la rehabilitación mediante fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, tienen un papel importante. Es muy importante, igualmente, la evaluación por parte de un

neuropsicólogo para poder abordar cualquier déficit cognitivo que pudiera instaurarse. Medicamentos experimentales y terapias alternativas se describen en el artículo Tratamiento de la esclerosis múltiple. El estado de las terapias experimentales, llamadas "pipeline", pueden ser consultadas

en sitios especializados. Otra de las posibles vías para el tratamiento de la esclerosis múltiple es el Concepto Bobath.

1.1.2.6 Premisas de trabajo:

- ✓ La mejora de los síntomas ansiosos en los pacientes con esclerosis múltiple depende de la musicoterapia incorporada al tratamiento psicológico como técnica alternativa.
- ✓ La musicoterapia produce un efecto a nivel psíquico que ayuda a disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes con Esclerosis múltiple.

VARIABLES	INDICADORES
Receptividad del paciente	El grado de familiaridad del paciente con la música utilizada. El terapeuta identifica que sonidos prefiere el paciente.
La calidad de la musicoterapia.	Ambiente adecuado Tiempo necesario de ejecución Clasificar la música a utilizar
La calidad de la técnica.	Reconocimiento de las destrezas y limitaciones del paciente La creatividad del terapeuta para aplicar la técnica de musicoterapia.
La respuesta del paciente.	Cambios a nivel psíquico del paciente Habilidades adaptativas que desarrolla el paciente

CAPÍTULO II

Técnicas e instrumentos

2.1 Técnicas

2.1.1 Metodología:

Para esta investigación se utilizó el método cualitativo, se pretende abordar un grupo de personas de la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple, y se busca describir el fenómeno de la musicoterapia para la disminución de niveles de ansiedad que la población presenta a partir del establecimiento de un programa de musicoterapia; con un enfoque en la observación de cada respuesta tanto emocional como física que se presentaron durante la sesión de musicoterapia de cada uno de los pacientes durante la aplicación del proyecto, para el cual se emplearon las fases: preparatoria, de trabajo de campo, analítica e informativa. Asimismo esta investigación será de carácter descriptivo porque tomará como base las preguntas de investigación formuladas al inicio del proyecto, teniendo como soporte la observación, entrevistas no estructuradas y notas de observación.

2.1.2 Población:

Se trabajó con un grupo de 8 pacientes adultos de ambos sexos que padecen de Esclerosis Múltiple, que asisten de manera regular a tratamiento psicológico en la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple, sin excepción de edad.

2.1.3 Técnicas de Recopilación de Datos:

Observación: se realizó una observación previa del lugar y el objeto de estudio al emplear el proyecto de investigación, y posteriormente se observaron las reacciones de los pacientes con EM que fueron sometidos a los efectos de la musicoterapia y los cambios positivos en el tratamiento psicológico de la ansiedad.

Entrevistas no estructuradas: se consultó a los terapeutas datos importantes sobre cada uno de los pacientes que puedan servir como referencia para la investigación.

Historias de Vida: se revisaron expedientes y se recopiló todo el proceso evolutivo que ha presentado el paciente desde su ingreso a la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple, fue tomando en cuenta sus notas de evolución del departamento de psicología, hasta la fecha.

Notas de Campo: se llevó un informe detallado de las actividades programadas y realizadas con los pacientes de la institución.

Análisis de Documentos: tuvimos la experiencia de consultar de fichas bibliográficas para la fundamentación del marco teórico, y verificación de antecedentes.

2.1.4 Técnicas de Análisis

Después de finalizado el proyecto se realizó la descripción de los resultados y se hizo un análisis en base al marco teórico elaborado y se procedió a responder las preguntas de investigación, identificando la dinámica entre el proyecto aplicado a la población y la bibliografía consultada, tomando en cuenta que los resultados obtenidos en la

observación aportan datos significativos para la misma desde el contexto, la situación, recursos con los que dispone y los objetivos establecidos, así como el aspecto subjetivo del investigador.

2.2 Instrumentos:

Hoja de evaluación desarrollada por el investigador, en la cual se describieron las reacciones de cada uno de los pacientes de Esclerosis Múltiple ante los efectos de la musicoterapia, prestando especial atención a los aspectos emocionales. Tomando en cuenta que para el tipo de investigación que se realizó fue imprescindible llevar un registro de los sucesos que se dieron durante la aplicación del tratamiento de musicoterapia y las respuestas que este pueda generar.

Escala de ansiedad se utilizó para medir los niveles de ansiedad y las variantes de ésta, que el paciente fue mostrando a lo largo de la investigación.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Procedimiento de trabajo:

Para la elaboración del trabajo de campo se tomó en cuenta el espacio y las características que debía poseer el área de trabajo en la que se aplicó el proyecto, siendo éste, un lugar aislado de estímulos visuales (luz y material en las paredes) y auditivos para evitar distracciones. Dentro de la sala de musicoterapia se colocaron los objetos a utilizar de tal manera que fuera de fácil acceso para que al momento de necesitarlos no hubiera ningún tipo de complicaciones ni distracciones que interfiriera con las respuestas del paciente.

Se realizó el listado de los pacientes que asistían con regularidad a la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple los días sábados y se organizaron los horarios correspondientes para cada uno, dejando establecidos 20 minutos por sesión debido al tamaño de la muestra con la que se trabajó, por tratarse de sesiones individuales era difícil para las estudiantes utilizar más tiempo debido a que se trabajó únicamente los días sábados en horarios de 9:00 a 12:00 horas.

A cada uno de los pacientes se les explicó el proyecto y se integraron a este de manera voluntaria, respondiendo a las preguntas contenidas en la escala de Ansiedad que se les aplicó el primer día de trabajo de campo, y otra al finalizar el proyecto.

Al tratarse de una investigación en la cual la observación fue una de las técnicas indispensables para obtener los resultados del proyecto, se dispuso trabajar de la siguiente manera: se acostaba al paciente en las colchonetas, se le pedía que cerrara sus ojos, se realizaban 5 respiraciones profundas y luego se colocaba la

música, ambas investigadoras observaban datos relevantes para anotarlos al final de la sesión.

Resultados generales del proyecto de investigación de Musicoterapia

Luego de incorporado el proyecto de musicoterapia durante 8 semanas a pacientes con Esclerosis Múltiple, se observaron efectos positivos en cuanto a la disminución de los niveles de ansiedad. De los 8 pacientes con los que se trabajó, se observó y se comprobó mediante análisis entre la primera y la última escala de Ansiedad aplicada, que sus niveles de ansiedad habían disminuido, su tono muscular fue menos tenso, presentaron mejor estado anímico y refirieron que se sentían más tranquilos. La sala en la que se aplicó el proyecto también fue de mucha ayuda, evitando distractores que pudieran alterar a los pacientes.

Tanto las investigadoras como practicantes del psicología que actualmente se encuentran en la asociación refirieron que se pudo observar una mejora en los pacientes en cuanto al estado de ánimo predominante en sesiones anteriores al proyecto y solicitaron que se dejara establecida una sala de musicoterapia para darle seguimiento a los casos con los que se trabajaron y posteriormente ir incorporando a mas pacientes con Esclerosis Múltiple.

En el siguiente rubro se hace una interpretación de los resultados del proyecto de musicoterapia, describiéndolos de forma individual.

Resultados del proyecto de investigación de Musicoterapia especificado por paciente.

CASO 1

Paciente de sexo M-2012 de 44 años ,en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: aprensión irritabilidad , que se deben a asuntos económicos familiares y de salud, presentaba dificultades al relajarse, demasiada inquietud interna, por igual dificultades en el sueño por lo que está siendo medicada, problemas de concentración y memoria, por ejemplo lee con dificultad un periódico o una revista de interés, se encontraba constantemente preocupada por las experiencias desagradables ,padece de constantes síntomas gastro intestinales , tendencia a no controlar la defecación. Presenta por igual síntomas genito urinarios como polaquiuria.

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, siendo éstas una disminución en el tono muscular rígido que presentaba al inicio de la sesión, respiraciones más rítmicas, menos signos de sudoración, las manos colocadas de forma extendidas y paciente refiere disminución en el ritmo cardíaco y sensación de bienestar en forma general en varios aspectos de su vida personal y el manejo de situaciones familiares por las que se encontraba atravesando al momento de iniciado el proceso, lo cual es un indicador de que entre la primera y la última evaluación hubo cambios significativos en cuanto a la disminución de síntomas ansiosos en la paciente.

CASO 2

Paciente de sexo B-2012 ,54 años en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: excedente preocupación sobre lesiones o daños mayores que puede llegar a tener a futuro, pánico, pavor sobrecogedor, incapacidad de relajarse, tensión más frecuente de lo normal, énfasis su desaliento y desesperanza, dolor constante en el franco de localización muscular mandibular y del cuello, fatiga, debilidad, transpiración y mareo constantes

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, reflejando la paciente la disminución de manos empuñadas, mejor control de la respiración, también refiere que el ritmo cardíaco ha disminuido, estado tónico bajo en miembros superiores e inferiores y disminución de los dolores de cuello de manera significativa. Se observa una mejora en cuanto al estado emocional de la paciente ya que sociabiliza más con el resto de compañeros y refiere que la “carga emocional” que presentaba en su casa ha disminuido de manera significativa y que esto ayuda a que le duela menos la cabeza. Esto nos refleja entre la primera y última escala de Ansiedad que se aplicó, que los resultados han sido favorables.

CASO 3

Paciente de sexo femenino G-2012, 42 años, en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: inseguridad, cada vez más difícil de controlarla, presentaba preocupaciones referentes hacia el futuro, lesiones y daños, incapacidad de relajación, inquietud interna, dificultad para conciliar el

sueño de manera alarmante, problemas de concentración y memoria, dolor mandibular y del cuello, expresa desaliento y desesperanza, síntomas de contracción en pecho y garganta, respiración suspirosa, boca seca y problemas de deglución, enrojecimiento facial transpiración y mareo.

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, se observa mas relajada durante las sesiones y su tono muscular es mas bajo, la temperatura corporal también se ha logrado adaptar y paciente refiere que ha disminuido su estado ansioso , se conocía a través de la escala aplicada que en su casa sus niveles de frustración eran bastante elevados, lo cual le generaba problemas tanto personales como familiares. También refiere que hay menos sequedad en la boca y que la sensación de “ahogo” se ha disminuido de manera notable. Esto le genera mejor bienestar tanto físico como emocional.

CASO 4

Paciente de sexo masculino P-2012 33 años, en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: inseguridad, irritabilidad , presento periodos cortos de conciliación del sueño , nunca un sueño real, sentimientos de desalientos y desesperanza sensación de ahogo.

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, siendo éstas una disminución en el tono muscular rígido que presentaba al inicio de la sesión, respiraciones más controladas, las manos colocadas de forma extendidas y una mejor posición

en la colchoneta ya que debido a la rigidez, ésta era de manera inadecuada. Paciente refiere que sensación de ahogo ha disminuido y que se siente mejor consigo mismo y con su familia ya que a causa de la enfermedad, sentía muchas frustraciones que volcaba sobre su familia por medio de enojos y peleas constantes con los miembros de ésta.

CASO 5

Paciente de sexo S-2012 , edad 65 años ,en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: presenta un estado de ansiedad constante aprensión e irritabilidad , expreso que no puede relejarse , demasiada inquietud interna , la profundidad del sueño esta disminuida , tiene dificultades en la concentración y en memoria. Dificultades para deglutir, sensación del vacío en el estomago, diarreas, sequedad de boca, sensación de ahogo.

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, paciente en la primer escala de ansiedad refiere que sus síntomas ansiosos son escasos, sin embargo al inicio de las sesiones se observan alteraciones en el tono muscular, falta de concentración y poca coordinación respiratoria. Al integrar la música estos signos se fueron disminuyendo y se observan mejorías al ir avanzando el trabajo de campo, lo cual nos indica que entre la primera y la última evaluación hubo cambios significativos en cuanto a la disminución de síntomas ansiosos en la paciente.

CASO 6

Paciente de sexo masculino Q-2012 de 61 años ,en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: inseguridad difícil de controlar, sobre estimación del futuro y lo que puede ocurrir , inquietud interna tensión corporal , incapacidad de relajación, problemas en el sueño severamente, dificultades en la concentración y la memoria, sentimientos de desalientos, desesperanza, dolor mandibular y de cuello, sensación de pinchazos , visión borrosa, contracción de pecho y sensación de atoro , eyaculación precoz, perdida de la erección leves, sequedad de boca, enrojecimiento facial, transpiración o mareo,

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, paciente en la primer escala de ansiedad refiere que sus síntomas ansiosos tanto como de irritabilidad matutina, inseguridad, preocupación constante por el futuro y temor a ser victima de eventos catastróficos, tensión y principalmente problemas de sueño, al inicio de las sesiones se observan alteraciones en el tono muscular, y poca coordinación respiratoria. Al integrar la música estos signos se fueron disminuyendo y se observan mejorías al ir avanzando el trabajo de campo, lo cual nos indica que entre la primera y la última evaluación hubo cambios significativos en cuanto a la disminución de síntomas ansiosos en la paciente, en torno a su preocupación constante sobre el futuro.

CASO 7

Paciente de sexo masculino L-2012 de 31 años, en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: sensación de pavor que interfiere a su vida diaria, preocupación constante sobre su enfermedad y la economía, tensión y nerviosismo constantes, aislamiento, problemas de concentración y de memoria, dolor mandibular y de cuello, visión borrosa, sensación de pinchazos, opresión, dolor torácico, palpitaciones y taquicardia contracción de garganta y pecho, estreñimiento

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, siendo éstas una disminución en el tono muscular rígido que presentaba con mayor intensidad en miembro inferior derecho al inicio de las sesiones, menos signos de sudoración, la posición de manos ha sido mas relajada, al principio las empuñaba con frecuencia. Paciente refiere que se ha sentido cómodo y relajado al escuchar la música, ha disminuido la sensación de frustración que la enfermedad le genera, y que ahora trata de manejarlas de una mejor manera para que no afecte a su vida, lo cual es un indicador de que entre la primera y la última evaluación hubo cambios significativos en cuanto a la disminución de síntomas ansiosos en el paciente.

CASO 8

Paciente de sexo Z-2012 femenino de 35 años, en la primera escala de Ansiedad presentó incremento de síntomas tales como: sensación de pavor constante, llanto incontrolado, sentimiento de frustración y tensión, incapacidad de relajarse, preocupación constante al futuro, familia y entorno, problemas en

memoria y concentración, debilidad, rigidez dolor mandibular y de cuello, opresión torácica, síntomas respiratorios, como falta de aliento, contracción en garganta y pecho.

Posterior a la evaluación inicial, se dio inicio a las sesiones de la musicoterapia, realizando al final de cada una de las sesiones una hoja de evaluación sobre las reacciones del paciente ante el estímulo musical, la paciente al inicio de las sesiones se observa con un tono muscular rígido, manos empuñadas y llanto persistente, a medida que se ha aplicado el estímulo musical estos síntomas han disminuido y se observa una mejor coordinación respiratoria, miembros superiores e inferiores más relajados y disminución de llanto. Paciente refiere que para ella es difícil manejar las situaciones de estrés y frustración que le genera la enfermedad pero que al escuchar la música se siente más relajada y más tranquila, lo cual le ayuda en su estado físico al disminuir los dolores musculares y a su vez en el estado emocional que predomina en ella.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones:

- La música tiene un efecto a nivel emocional y físico ya que se observó en los pacientes de Esclerosis Múltiple variantes significativas en cuanto a disminución en el tono muscular, mejor coordinación respiratoria, disminución en el ritmo cardíaco y dolor muscular en el área del cuello. A nivel emocional se observa una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar disminuyendo significativamente los conflictos familiares.

- La musicoterapia como técnica alternativa en diversos campos de las Ciencias Psicológicas, puede ser aplicada al tratamiento de pacientes con Esclerosis Múltiple para disminuir niveles de ansiedad, se comprobó que es un buen complemento para la terapia psicológica.

- Las características del ambiente en el que se trabaje la técnica de musicoterapia para disminuir niveles de ansiedad deben ser muy específicas, se debe eliminar todo distractor que interfiera en la incorporación del paciente a la música para que los resultados sean óptimos.

B. Recomendaciones:

- Incorporar en la Asociación Guatemalteca de Esclerosis Múltiple la musicoterapia como terapia alternativa para los pacientes que asisten los días sábados tanto a psicología como a fisioterapia, ya que debido a los efectos emocionales y físicos que ésta ofrece ambas terapias se verán beneficiadas en cuanto a la eficacia que pueda proporcionarles.
- Utilizar la musicoterapia no solo como terapia alternativa para disminuir niveles de ansiedad sino también utilizarla en otros diagnósticos como la depresión o problemas familiares, ya que se observaron mejoras en estos aspectos.
- Motivar a los estudiantes del campo de la psicología que además de utilizar la musicoterapia como técnica alternativa para el tratamiento de ansiedad, se utilicen otras técnicas que faciliten el tratamiento con este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Alvin, Juliette. **Musicoterapia**. Traducción castellana de Enrique Molina de Vedia. España: editorial Paidos, 1984.
2. Benavides, Mariano Diez. **De la emoción a la Lesión**. Primera Edición España: Editorial Trillas.1976.
3. Benenzon O. Rolando: **Musicoterapia. De la Teoría a la Práctica**. Editorial Paidos, España. 2000.
4. Benenzon O. Rolando. **Aplicaciones Clínicas de La Musicoterapia** Traducción castellana de Pablo Valle. Argentina: Editorial Lumen, 2000.
5. Beriloz, Sergio. **Educación con Música**. Primera Edición. México: Editorial Aguilar, 2002Campbell, Don. **El Efecto Mozart**. Traducción castellana de Amelia Brito. España: Editorial Urano, 1998.
6. Bernal Torres, Cesar Augusto. **Metodología de la Investigación. Para la administración, economía, humanidades y ciencias sociales**. Segunda Edición. México: Editorial Pearson Educación, 2006.
7. Chaplin, James P. Demeres ,Aline. **Introducción a la Neurología y Neurofisiología**. Primera Edición. España: Editorial Limusa. 1987.
8. Crandall Joanne. **Musicoterapia. La autotransformación a través de la música**. Primera Edición. Traducción castellana de Carlos Osses. España: Editorial Neo Pearson, 2005.
9. **Hass William K. Clinicas Medicas del Norte, Neurología Clínica, Métodos para resolver viejos Problemas** .Primera edición. México: Editorial Nueva Editorial Interamericana S. A de C.V.1979
10. Ratey.John J. Ensayo **El Cerebro Manual de Instrucciones**. Primera Edición . España: Editorial Del Bolsillo, 2000.

11. Robbison, Stanley L, kumar ,Vinay. **Patología Humana**. Cuarta edición. México : Editorial: Mc Craw Hill , basic Patologic.1987
12. Vallejo Ruiloba, J., C. Gasto Ferrer. **Trastornos afectivos Ansiedad y Depresión**. Segunda Edición. España: Editorial Masson.2000
13. Varios autores. **Anales de Psicología. Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: el caso de la esclerosis múltiple**. Editorial Murcia: Universidad de Murcia, Servicios de Publicaciones. 2003.
14. Varios Autores. **Psicología de la Salud y Calidad de vida**. Segunda Edición. México: Editorial Thomson .2006
15. Varios Autores. **Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal** . Novena Edición. México: Editorial Cengage. 2002
16. Varios autores. **Psicopatología**. Primera edición. España. Editorial UOC : Servicios Eureka. 2009
17. Pancheri, Paolo **Manual de Psiquiatría**. Primera Edición. España: Editorial Trillas .1974
18. Price William, Murray T, J. **Manual Moderno de Neurologia Clinica**. Primera Edicion . EEUU: Medical Examination Publisin Co. 1982
19. Poser CM, Brinar. **Criterios diagnósticos para la esclerosis múltiple**. Primera Edición. España: Editorial FEDEM, 2002

Anexos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Proyecto de Tesis: “La Musicoterapia como técnica de relajación en
pacientes con Esclerosis Múltiple”.

Evaluación de Musicoterapia

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: realizar la evaluación después de cada sesión de musicoterapia e identificar las características que se observen en cada paciente.

1. ¿Posición del cuerpo del paciente? (manos empuñadas o extendidas, cuerpo rígido o relajado, etc.)
2. Signos y Manifestaciones Ansiosas conductuales como; (cambios de posición constantes, sudoración excesiva, verborrea, temblor de piernas, sensación de náuseas o manifestación de problemas gastro intestinales.etc)
3. ¿Estado tónico predominante durante la musicoterapia?

4. ¿Tensión o distensión al escuchar la música?

5. ¿Escucha atento?

6. ¿Que sonidos le resulta desagradables?

7. ¿Que sonidos le resultan agradables?

8. ¿Ansioso o no ansioso durante el tratamiento?

9. ¿Con qué movimientos responde el paciente a los estímulos musicales?:

10. ¿Cómo finaliza la sesión el paciente?

11. Observaciones.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Proyecto de Tesis: “La Musicoterapia como técnica de relajación en
pacientes con Esclerosis Múltiple”.

Escala de Ansiedad

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: Aplicar la escala, antes de la primera sesión de musicoterapia y al finalizar el trabajo de campo para comparar los resultados obtenidos.

1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje

2 Tensión	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	

	<p>3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.</p>	
	<p>4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.</p>	
2	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
Tensión	<p>0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual</p>	
	<p>1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual</p>	
	<p>2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.</p>	
	<p>3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.</p>	
	<p>4 La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente</p>	
3	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.	Puntaje
Miedo	<p>0 No se encuentran presentes</p>	
	<p>1 Presencia dudosa</p>	
	<p>2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.</p>	
	<p>3 Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.</p>	
	<p>4 La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano</p>	
4	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.	Puntaje
Insomnio	<p>0 Profundidad y duración del sueño usuales</p>	

	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	

	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	

	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	

	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

