

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EFECTOS DE LA TÉCNICA RECEPTIVA DE LA MUSICOTERAPIA PARA
INCREMENTAR LA AUTONOMÍA Y DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD
DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARKINSON”**

TESIS DE GRADO

DANIELLA ELIZABETH FETERMAN ARROYO

CARNÉT: 12059-13

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EFECTOS DE LA TÉCNICA RECEPTIVA DE LA MUSICOTERAPIA PARA
INCREMENTAR LA AUTONOMÍA Y DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD
DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARKINSON”**
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
DANIELLA ELIZABETH FETERMAN ARROYO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDÍVAR**

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.

VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. LESLIE AGUSTIN SECHEL VELA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. SILVIA LISSETTE MOINO CARDENAS

Guatemala, 20 de diciembre de 2017

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar

Estimados Miembros del Consejo:

Cordialmente me dirijo a ustedes con el motivo de someter a su consideración el trabajo de Tesis realizado por la estudiante **Daniella Feterman Arroyo**, carnet No. **12059-13** de la carrera Licenciatura en Psicología Clínica, el cual se titula "**Efectos de la Técnica Receptiva de la Musicoterapia para incrementar la autonomía y disminuir los niveles de ansiedad de pacientes con diagnóstico de Parkinson**".

Al revisar y asesorar la presente investigación estimo que la misma reúne de manera adecuada las condiciones con las que constituye un aporte profundo y de mucho valor, considero que la misma cumple satisfactoriamente con los requisitos solicitados por la Facultad de Humanidades, por lo que solicito de la manera más atenta se nombre Revisor(a) para que se establezca el dictamen correspondiente.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para suscribirme, de manera atenta y respetuosa.



Mgtr. Leslie Seehel Vela
Asesor de Tesis
Código 13557



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 052449-2018

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DANIELLA ELIZABETH FETERMAN ARROYO, Carnet 12059-13 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051650-2018 de fecha 17 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

“EFECTOS DE LA TÉCNICA RECEPTIVA DE LA MUSICOTERAPIA PARA INCREMENTAR LA AUTONOMÍA Y DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARKINSON.”

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 18 días del mes de enero del año 2018.



Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A Di-s por las oportunidades y retos.

A mi mamá, Gilda, por ser mi mayor inspiración y la luz de mi vida.

A mi hermana, Paola, por las risas, las lágrimas y la cultura general.

A mis tíos, Jorge y Alfredo, por su apoyo incondicional.

A Jose Hurtado por su paciencia y tiempo componiendo *Mangata*.

A Mariandré Pinto por estar.

A Christopher Canet por ser mi mentor en tantas fases de mi vida.

“Ella es mi espejo y refleja lo que soy.” – Gustavo Cerati

Índice

Resumen.....	i
I. Introducción	1
1.1. Edad adulta media	8
1.2. Enfermedades Neurodegenerativas	9
1.2.1. Enfermedad de Parkinson	9
1.2.2. Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson	10
1.2.3. Pruebas para el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson	10
1.2.4. Causas de la Enfermedad de Parkinson	11
1.2.5. Síntomas de la Enfermedad de Parkinson	11
1.2.6. Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson	15
1.2.7. Trastorno neurodegenerativo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson	16
1.3. Autonomía	16
1.4. Ansiedad	18
1.5. Musicoterapia	19
1.5.1. Técnicas de Musicoterapia	20
II. Planteamiento del Problema	22
2.1. Objetivos	23
2.1.1. Generales	23
2.1.2. Específicos	23
2.2. Variables de estudio	23
2.3. Definición de Variables	24
2.3.1. Conceptual	24
2.3.2. Operacional	24
2.4. Alcances y Límites	25
2.5. Aportes	26
III. Método	27
3.1. Sujetos	27

3.2.	Instrumentos	27
3.3.	Procedimiento	30
3.4.	Diseño	31
IV.	Resultados	32
V.	Discusión	48
VI.	Conclusiones	55
VII.	Recomendaciones	57
VIII.	Referencias	59
IX.	Anexos	66
	Anexo A – Procedimiento	66
	Anexo B – Base para entrevista	68
	Anexo C – Instrumentos	71

Resumen

Las enfermedades neurodegenerativas pueden ser serias y poner en riesgo la vida de una persona; afectan actividades que el cuerpo realiza como lo es el equilibrio, el habla, la respiración y funciones del corazón. Por lo tanto, por medio de la siguiente investigación se busca conocer en qué medida se puede mejorar la autonomía y disminuir los niveles de ansiedad de un paciente con diagnóstico de Parkinson por medio de la técnica receptiva de la musicoterapia.

Se llevó a cabo una terapia que duró tres meses, en donde se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton, Índice de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria de Katz, dos entrevistas validadas por tres profesionales y observación; para poder recopilar los resultados. Se puede concluir que la melodía tiene efectos relajantes sobre los pacientes que padecen de la EP, lo cual trae como beneficio, que el mismo tenga la capacidad de descansar. Es importante mencionar que la terapia se ve influida por el interés y credibilidad en la melodía. Se recomienda que la terapia tenga continuidad; brindar un constante seguimiento para que el paciente pueda interesarse.

I. Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas pueden ser serias y poner en riesgo la vida de una persona. Afectan actividades que el cuerpo realiza; como lo es el equilibrio, el habla, la respiración y funciones del corazón. La gran mayoría no tiene cura, sin embargo, existen tratamientos que pueden mejorar los síntomas o aliviar el dolor; así como también pueden ayudar a mejorar la movilidad en las personas.

Dentro de las enfermedades neurodegenerativas se encuentra la enfermedad de Parkinson, la cual se debe a un fallo neuronal en la sustancia negra por el déficit de un neurotransmisor, dopamina (una hormona o sustancia mensajera con un efecto característico en el cerebro). Sin la dopamina, se provoca la ralentización de todos los movimientos. Regularmente tiene una evolución progresiva, las causas son desconocidas y constituye la segunda enfermedad neurodegenerativa en prevalencia e incidencia, después del Alzheimer, la cual afecta a alrededor de 4.5 millones de personas en el mundo a partir de los 55 años (Martínez, 2014).

Como regla general, se puede decir que la enfermedad de Parkinson afecta al 1% de la población mayor de 60 años, al 2% de los mayores de 70 y por último, el 3% de los mayores de 80 años (Alva, 2012). De acuerdo con una estadística que se realizó en el IGSS en el 2012, dentro de las primeras diez causas que generan invalidez en el país, Parkinson representa un 2%. En Guatemala se estiman aproximadamente 30,000 casos, sin embargo, no se sabe con certeza ya que no existen datos estadísticos ni registros oficiales.

Por otro lado, es posible que la música tenga una relación con la organización de los ritmos internos del cuerpo, como lo son los latidos del corazón, la respiración e incluso el discurso de una persona. Cuando se unen varios efectos o sonidos, se provoca una cantidad de emociones que afectan directamente al cerebro humano.

Con base a lo descrito anteriormente, el objetivo de esta investigación es establecer la forma en que los tonos de la música contribuyen a la autonomía, específicamente, los movimientos diarios de una persona, y a que disminuyan los niveles de ansiedad de un paciente con diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Se planteó este objetivo porque la enfermedad de Parkinson, supone un deterioro incurable en los pacientes, por lo que se buscó investigar métodos alternativos o complementarios, de seguimiento, para favorecer a un mejor pronóstico psicológico en el diagnóstico del paciente.

A continuación se muestran algunas investigaciones realizadas en Guatemala, relacionadas con el presente estudio. Muestran tratamientos con música para algunas enfermedades, así como también otras problemáticas en relación a la enfermedad de Parkinson.

En Quetzaltenango, Tay (2007) realizó una investigación con el objetivo de determinar la importancia de la técnica de iniciación rítmica y los ejercicios de Frenkel en pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson. La investigación se realizó con 10 pacientes que presentan la enfermedad de Parkinson, los cuales equivalen al 100% de Parkinsonianos, de 60 a 80 años, seis de sexo masculino y cuatro de sexo femenino, siendo en su mayoría comerciantes, agricultores amas de casa y docentes, aunque algunos han dejado de realizar muchas de sus ocupaciones y otros continúan tratando de cumplir con cada una de ellas, aunque las realizan con ciertas limitaciones. Los diez pacientes fueron tratados a domicilio, todos eran originarios de Quetzaltenango, de escasos recursos económicos, la mayoría son de cultura maya y padres de familia. De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo comprobar la efectividad de la hipótesis alterna. Los pacientes con la enfermedad de Parkinson que tienen un tratamiento físico en el cual se aplica la técnica de iniciación rítmica y los ejercicios de Frenkel en miembros inferiores, sí coordinan mejor sus movimientos y tienen mejor probabilidad de ser

independientes en comparación con los pacientes que no tienen un tratamiento físico.

Saravia (2011) realizó una investigación con el objetivo de diseñar un dispositivo que permitiera caminar de manera fluida a personas con Enfermedad de Parkinson, este dispositivo estimula al cerebro a reaccionar ante la ocurrencia de un congelamiento y que sea viable de fabricar en Guatemala. La variable independiente se refería al diseño y fabricación del dispositivo, luego la variable dependiente, era romper el congelamiento y mejorar la movilidad, con el cual se prevé posibles caídas. Posterior a la construcción del prototipo, se concluye que el dispositivo epLáser mejora la bradicinecia, congelamiento y festinación en pacientes de Parkinson. Así como también reduce el tiempo y desplazamiento, agiliza y facilita la rotación del cuerpo al caminar. Induce el movimiento de los brazos de manera rítmica, beneficiado el balance y el equilibrio del paciente al caminar. El dispositivo epLáser sirve de apoyo paralelo durante los episodios off de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Pérez (2014) realizó una investigación en donde tenía como objetivo determinar los efectos de un programa de musicoterapia para el desarrollo de las habilidades sociales, el habla y la motricidad gruesa en un adolescente con parálisis cerebral. El estudio se realizó con un adolescente de 14 años de edad cronológica y 18 meses de edad mental que asistía al centro FUNDABIEM de Cobán. Se utilizó una metodología mixta; para la parte cuantitativa, se aplicó la Escala de Evaluación de Destrezas, instrumento elaborado por la investigadora y validado por expertos, que midió las habilidades de socialización, del habla y de motricidad gruesa. Para la parte cualitativa, se efectuó un estudio de caso en el cual se utilizó una entrevista a la madre del participante y se aplicó un programa de musicoterapia inspirado en los lineamientos propuestos por el Prof. Benenzon en el 2004. Con base a la investigación, se concluyen algunas de las siguientes premisas: las destrezas que se lograron incrementar fueron las destrezas sociales y motrices de una persona con parálisis cerebral por medio del tratamiento de

musicoterapia. En lo que respecta a las destrezas de motricidad gruesa, se logró incrementar las habilidades que comprenden esta área. Con la musicoterapia incrementó el conocimiento de las partes del cuerpo, las cuales se señalaron con facilidad; igualmente relajar el tono muscular y destensar o reflexionar voluntariamente los brazos.

De Paz (2016) hizo una investigación, en Quetzaltenango, la cual tuvo como objetivo general, determinar la influencia de la musicoterapia en la agresividad de los jóvenes, la cual se evaluó por medio de la prueba INAS-87, un cronograma de actividades de musicoterapia, en donde se tomaron las herramientas más efectivas de la musicoterapia en el tratamiento de la misma. La investigación fue cuasi experimental, se realizó con un universo de 33 jóvenes del grupo de la Iglesia Católica de la aldea Subchal, San Miguel Ixtahuacán, San Marcos, de esta se extrajo una muestra de 13 sujetos. A partir de la investigación anterior, se establece que la musicoterapia influye en la reducción de la agresividad de los jóvenes, lo que se demostró en los resultados positivos que se obtuvieron al culminar los talleres en que se aplicó la herramienta. Se pudo determinar que la musicoterapia disminuyó los niveles de agresividad al aplicar el pre test y pos test, se obtuvo una diferencia de 11.76, lo que indica que sí hubo cambio al aplicar la herramienta de musicoterapia.

Por otra parte, Recinos (2016) realizó una investigación con el objetivo de determinar si el programa Music Time es una herramienta terapéutica para desarrollar habilidades sociales en niños de 7 a 9 años en una institución educativa privada de la ciudad capital. Para este estudio se llevó a cabo una investigación cuasi-experimental de pre-test y post-test de un solo grupo de sujetos. La muestra estuvo conformada por un grupo de 22 niños guatemaltecos entre 7 a 9 años de sexo masculino y femenino. Para evaluar las habilidades sociales en los niños se utilizó una guía de observación, la cual se validó a través de un consejo de expertos. Se concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa, a un nivel de confianza del 0.05, en las habilidades

sociales de un grupo de niños luego de recibir el programa de Music Time. La aplicación del programa Music Time para el desarrollo de habilidades sociales es eficaz, pero requiere además, de la colaboración de los padres de familia para tener la asistencia de los niños a todas las sesiones terapéuticas.

En los estudios consultados a nivel nacional, se concluye que distintos tipos de estrategias y terapias se pueden utilizar para mejorar el pronóstico, emociones y movimientos de un paciente que padece de la enfermedad de Parkinson. Asimismo, se pudo ver que existen varios diagnósticos que se ven afectados positivamente por el uso de la música en diversas presentaciones.

A continuación se mencionarán algunos estudios internacionales que se han realizado en referencia a las consecuencias de la enfermedad de Parkinson y el uso de la música como terapia.

En Madrid, Macías y Cano (2008) tras una revisión, realizaron una investigación con el objetivo de estudiar las emociones negativas y los trastornos emocionales en la enfermedad de Parkinson. Se consideran dos tipos de variables; clínicas y psicológicas, se trabajó con una muestra constituida por dos grupos, uno formado por 126 personas con EP, más un grupo sin enfermedad de Parkinson, compuesto por 126 personas. Ambos grupos estaban equiparados en sexo. La edad de los sujetos estaba comprendida entre un rango de 50-88 años. La muestra del grupo de pacientes con EP, fue obtenida de varias asociaciones, más otro subgrupo de personas con la misma enfermedad que no pertenecían a ninguna asociación. Luego del estudio que realizaron, se puede afirmar que los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen más ansiedad, ira y tristeza-depresión que los sujetos sin enfermedad de Parkinson, con una diferencia significativa entre ambos grupos.

Asimismo, Alonso (2013) realizó una investigación, en Madrid, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre el estado de los procesos cognitivos y

emocionales en la EP y la posible relación entre ellos. Para ello, se evaluó uno de los procesos cognitivos que se han encontrado con más frecuencia alterados en la enfermedad, las funciones ejecutivas; y una de las habilidades emocionales básicas, como es la capacidad para reconocer emociones en el rostro. Para desarrollar los objetivos se tomó de punto de partida, la revisión de los estudios sobre la capacidad de reconocimiento de EFEs en pacientes con EP que se acaban de presentar. Se concluyó que los pacientes con EP muestran puntuaciones menores que los individuos sanos en pruebas estandarizadas de función ejecutiva y de memoria episódica. El menor rendimiento ejecutivo correlaciona con el que se produce en la memoria visuoespacial, pero no con el de la memoria verbal. No se muestran más síntomas depresivos que los individuos sanos, no se encontró relación entre dicha sintomatología y el rendimiento en las pruebas de reconocimiento emocional.

Marrón, Gibraltar y Montes (2011) realizaron una investigación en México con el objetivo de conocer la eficacia de la música y la señalización auditiva, como adyuvantes en la rehabilitación de pacientes con enfermedades de Parkinson, así como su nivel de evidencia y grado de recomendación. Se realizó una revisión sistemática cualitativa de mayo a julio de 2010 con artículos; mediante la búsqueda y análisis de literatura. Se llegó a la conclusión que la música por sí sola no es eficiente como adyuvante en la rehabilitación de pacientes con enfermedad de Parkinson, aceptando la hipótesis alterna para dicha revisión. Sin embargo, se requieren más estudios enfocados al área de rehabilitación con señalización auditiva y propioceptiva, juntas y por separado, en los que se evalúen: apego a tratamiento, modificaciones cognitivas, emotivas y calidad de vida e independencia en la vida diaria, además del control motor. Es importante la participación del paciente, la cual se logra luego que el terapeuta especialista en rehabilitación realice un análisis de marcha, establezca la cadencia promedio y enseñe al paciente a percibir y seguir el estímulo contingente, supervisar las primeras terapias y posteriormente dar seguimiento al programa en casa.

Por su parte, en España, Cubinillo (2012) realizó una investigación que tuvo como objetivo hacer una breve revisión teórica de algunas de las principales explicaciones que se han dado de la percepción auditiva y su influencia en la asimilación por el estudio de las relaciones existentes entre Música y Psicología y su aplicación al ámbito de la Enseñanza Musical. Cubinillo concluye que la percepción auditiva se conforma como un proceso integrador de los estímulos auditivo-musicales unitarias (asimilación de las cualidades del sonido) en elementos de contenido más completos (elementos de la música y formas musicales). Respecto a la asimilación de las cualidades del sonido, las dos que se perciben son la altura y la duración (el timbre y la intensidad se derivan de ellas).

El objetivo de una investigación realizada en la Universidad de Chile por Iglesias (2013), fue dar a conocer el proceso de práctica profesional del Prostíbulo en Terapias de Artes, mención musicoterapia. El mismo se realizó en el Centro de rehabilitación Manantial, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2012. Se basa en el proceso terapéutico junto a una joven de 26 años cuyo diagnóstico previo es de Síndrome de Rett. Se realizaron 14 sesiones en modalidad individual, las que se llevaron a cabo una vez por semana. A partir de un ambiente de confianza y exento de coacciones, se le presentaron los diferentes elementos musicales para que recurriera a estos como alternativa de comunicación, como una vía para desplegar su creatividad o simplemente como un espacio en donde pudiera divertirse al promover música espontánea. Al terminar con dicha investigación, se puede concluir que los cambios y progresos se ven reflejados en la aparición del deseo de comunicar a través de la música. De igual forma, se percibió un gran avance en el ámbito de la autoexpresión y creación, Se interactuó de forma espontánea a través de instrumentos corpóreo-sonoro-musicales, los que jugaron un rol importante. También es importante mencionar que se pudieron observar dinámicas rítmicas en la paciente que proponía y generaba diálogos, en las cuales se logran percibir un pulso estable, para procurar una mejor conciencia corporal y un uso más intencional de sus

manos, y permitir lugar a una mejor exploración de diferentes sonoridades, al trabajar la expresión emocional y coordinación motriz.

Los estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional muestran que es necesaria la utilización de métodos complementarios para mejorar el pronóstico de los pacientes que padecen de la enfermedad de Parkinson. Es importante mencionar que ninguna de las investigaciones pretendía curar la enfermedad, sino simplemente, buscan formas alternativas que supongan una vida más positiva en el paciente. Así como también, en las investigaciones donde se utiliza la música, no buscaban ser la cura, sino, una manera de ayudarle al paciente a vivir con su condición.

A continuación se presenta la descripción de diversas teorías y definiciones acerca de la Enfermedad de Parkinson, la autonomía, ansiedad y técnicas de musicoterapia.

1.1. Edad adulta media

El término “mitad de la vida” nace en el diccionario alrededor de los años 80 cuando la esperanza de vida comienza a ampliarse. En los países como Guatemala, la adultez media se considera una etapa distinta de vida ya que las personas comienzan a adoptar otras normas y oportunidades, en su nuevo rol dentro de la comunidad. Para fines de esta investigación se considera la adultez media como la edad alrededor de los 45 y 65 años. Sin embargo, es importante mencionar que no hay un consenso sobre cuando empieza o termina, ni sobre hechos biológicos o sociales que determinen sus límites (Papalia, Duskin y Martorell, 2012).

De acuerdo con Jiménez (2012), se espera que durante estos años de vida la persona haya vivido experiencias como el matrimonio y la paternidad. Al inicio esta etapa, los cambios tienden a ser imperceptibles ya que los mismos se dan

paulatinamente conforme los años pasan. Algunos de los cambios puede ser la menopausia, con sus efectos orgánicos y emocionales, el darse cuenta de cómo se ha cambiado y percibir diferentes características.

De acuerdo con la investigación del MIDUS (como se citó en Papalia et al, 2012. p 481) “el envejecimiento, por lo menos hasta alrededor de los 75 años, parece ser un fenómeno positivo”. Todo depende de la personalidad y el giro que las personas le den a esta nueva etapa de vida. Es decir, si una persona desarrolla gran actividad desde edades tempranas, cosecha las mismas luego de los 60 años; ahora bien, si la persona es una persona sedentaria, entonces a esta edad pierden mucho de su tono muscular, energía y cada vez realizan menos ejercicio.

1.2. Enfermedades Neurodegenerativas

La causa de las Enfermedades Neurodegenerativas es la muerte progresiva de neuronas en diferentes regiones del sistema nervioso; esto origina signos y síntomas neurológicos y neuropsicológicos. Dentro de ellas se encuentra la Esclerosis múltiple, la enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad de Parkinson y la Enfermedad de Huntington (NeuronUp, 2017). Es importante mencionar que este tipo de enfermedades no afectan únicamente a la persona que las padece, sino también a su entorno más cercano. En general, provocan alteraciones en muchas actividades y funciones corporales como lo es el equilibrio, la movilidad, el habla, respiración, entre otros. Lo mencionado anteriormente, produce efectos devastadores y un especial sufrimiento (NeuroAlianza, 2016).

1.2.1. Enfermedad de Parkinson

La primera descripción de la enfermedad de Parkinson fue realizada por el Dr. Parkinson en 1817, luego que observara a seis pacientes con síntomas típicos de la enfermedad, la cual denominó como una parálisis agitante. Se dice que la

EP es un trastorno neurodegenerativo; produce un daño y una neurodegeneración en las neuronas ubicadas en la sustancia negra. Éstas se encargan de la producción de dopamina en el cuerpo; la dopamina es un neurotransmisor (sustancia química) indispensable para que el cuerpo pueda moverse de una manera correcta o esperada. De acuerdo con De la Casa (2010), si el cuerpo no logra producir suficiente dopamina, causa que los mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de manera equivocada, apareciendo de forma gradual los síntomas típicos de la enfermedad. La EP es crónica, de larga duración y progresión lenta, y progresiva, más severa con el tiempo. También se ha observado que su curso es gradual y que afecta única y típicamente a un solo lado del cuerpo.

1.2.2. Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson

De la Casa (2010) dice que se considera un diagnóstico clínico ya que se realiza con base a la historia clínica del paciente y la exploración física y neurológica del mismo. Se busca la presencia de determinados síntomas y la ausencia de otros más. De la Casa define las siguientes pruebas para el diagnóstico de la EP.

1.2.3. Pruebas para el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson

- Análisis de laboratorio.
- Pruebas de imagen cerebral, como el escáner cerebral o la resonancia magnética. Con base a estas pruebas se busca excluir cualquier otra enfermedad que pueda producir síntomas similares.
- Pruebas de neuroimagen funcional, como tomografía por emisión de positrones, ya que pueden ayudar a confirmar el diagnóstico y diferenciarlo de otros factores.
- Pruebas neurofisiológicas, las cuales se utilizan para determinar con exactitud el tipo de temblor.

1.2.4. Causas de la Enfermedad de Parkinson

No se conoce la causa por la que se produce la pérdida neuronal en la EP; sin embargo, se cree que la causa de la enfermedad se debe a una combinación de factores genéticos y medioambientales, los cuales varían de una persona a otra. De acuerdo con De La Casa (2010), los principales factores implicados en la enfermedad son los siguientes:

- **Envejecimiento:** La edad media del diagnóstico es entre los 55 y 60 años; por lo tanto, se considera que la edad juega un papel importante en la misma. Aunque esto no quiere decir que la enfermedad no pueda aparecer en personas menores a esta edad, incluso personas de 20 años, lo cual se conoce como el parkinsonismo juvenil.
- **Factores genéticos:** La herencia familiar juega un papel importante, ya que se estima que entre el 15 y 25% de las personas con EP tienen algún pariente que padece de dicha enfermedad. Sin embargo, eso deja a un 75 a 85% de ellos que no tienen relación con una alteración genética concreta.
- **Factores ambientales:** Existe y se considera la posibilidad que las sustancias químicas tóxicas, como pesticidas, puedan producir síntomas parkinsonianos. Por otra parte, los factores físicos como el traumatismo cerebral también se ha relacionado con el riesgo de desarrollar EP en edades avanzadas. (De la Casa. 2010. p. 13)

1.2.5. Síntomas de la Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson se caracteriza por la presencia de síntomas motores y no motores. Dentro de ellos, de acuerdo con De La Casa (2010), se definen cuatro síntomas motores típicos de la enfermedad:

- **Temblor:** Se caracteriza como un temblor de reposo, aparece cuando no se realiza ninguna tarea con la parte del cuerpo que tiembla. Esto se empieza

a notar sobre todo en las extremidades de la persona o en la mandíbula y cara. Este temblor puede dispersarse en el cuerpo conforme la enfermedad va avanzando. Es importante mencionar que no todos los pacientes que padecen de la EP presentarán temblores.

- Bradicinesia: Se entiende como una lentitud observable al momento de realizar un movimiento. Lo que significa que a una persona que padece de dicha enfermedad, se le dificultará realizar las tareas con la misma rapidez que una persona que no padece la misma. Por otra parte, la bradicinesia se puede observar en la amplitud del movimiento, ya que la misma puede verse reducida, es decir, que los movimientos motores finos se verán afectados. Por último, se puede observar la “marcha Parkinsoniana”, la cual se refiere a una marcha lenta, pasos cortos, arrastrando los pies y con una disminución o ausencia de braceo.
- Rigidez: Es decir, los músculos están constantemente tensos y no pueden relajarse bien, lo cual puede provocar lo siguiente:
 - Reducción de la amplitud de los movimientos.
 - Dificultad para girarse en la cama o incorporarse de una silla.
 - Dolor y calambres en las extremidades y sensación de tensión en el cuello o la espalda.
 - Disminución de la expresividad facial por la rigidez de los músculos de la cara.
- Inestabilidad Postural: Los pacientes tienden a adoptar una postura encorvada, posicionando el cuerpo hacia delante o lateralmente, lo cual contribuye al desequilibrio. Dicho desequilibrio puede llegar a ser un riesgo ya que esto puede dejar propenso a la persona de enfrentarse a caídas o lesiones. (De la Casa, 2010, p. 7)

Por otro lado, se encuentran los síntomas no motores;

- Trastornos del sueño: Ya sea insomnio, sueños vívidos, somnolencia diurna o aleación del ciclo vigilia-sueño.

- Pensamiento y memoria: Se puede observar lentitud en el pensamiento o cambios en su razonamiento, memoria o concentración, hasta un deterioro cognitivo; afectando áreas de funciones ejecutivas, atención y función visuoespacial.
- Trastornos neuropsiquiátricos:
 - Alteraciones del estado de ánimo
 - Alucinaciones e ideas delirantes
 - Trastorno del control de impulsos (De la Casa, 2010, p. 9)

Otros de los síntomas que pueden aparecer u observarse son el estreñimiento, aumento de sudoración, hipotensión ortostática, disfunción sexual, síntomas urinarios, pérdida de la capacidad del olfato, dermatitis seborreica, alteraciones visuales, fatiga, dolor y trastornos sensitivos, y alteraciones del habla.

Dentro del diagnóstico diferencial es posible encontrar, de acuerdo a Geo Salud (2013):

- Parkinsonismo postencefalítico
- Parkinsonismo inducido por medicamentos: El uso de ciertos medicamentos puede producir una forma reversible de parkinsonismo, como la clorpromazina y el haloperidol, las cuales se recetan a pacientes psiquiátricos. Algunos otros son metoclopramida, reserpina y valproato.
- Parkinsonismo inducido por toxinas: Toxinas como el polvo magnesio, bisulfuro de carbono y monóxido de carbono.
- Parkinsonismo arterioslerótico: Involucra daños en el cerebro debido a múltiples derrames cerebrales pequeños. No se observa muchos temblores en los pacientes, sin embargo, es habitual la demencia, pérdida de aptitudes y habilidades mentales.
- Demencia parkinsoniana-completo de Guam: El curso de dicha enfermedad es rápido y la persona puede fallecer luego de cinco años.

- Parkinsonismo postraumático: También conocido como encefalopatía postraumática o “síndrome del boxeador golpeado”, los síntomas pueden aparecer luego de una lesión o trauma craneal.
- Temblor esencial: Es una afección común que la mayoría del tiempo es hereditaria y evoluciona lentamente con el tiempo. Involucra temblor en la cabeza y manos, pero generalmente no afecta a las piernas.
- Hidrocefalia con presión normal: Es un aumento anormal de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos o cavidades cerebrales. Se observan problemas para caminar, deterioro del control de la vejiga y deterioro mental progresivo y pies están “atascados”.
- Parálisis supranuclear progresiva: Causa problemas en control de la marcha y el equilibrio. Las personas suelen caerse, y muestran incapacidad para moverse; algunos también pueden presentar alteraciones de la vista, del estado de ánimo y de la conducta.
- Degeneración córticobasal: Se debe a una atrofia de áreas cerebrales múltiples; corteza cerebral y ganglios basales. Los síntomas iniciales pueden aparecer de un lado del cuerpo, pero finalmente aparece en ambos.
- Atrofia de sistemas múltiples: Puede aparecer como una dificultad para la coordinación y un habla arrastrado de las palabras. También puede presentarse dificultades para respirar, tragar, entre otros.
- Demencia con cuerpos de Lewy: Los síntomas pueden variar desde síntomas parkinsonianos tradicionales como bradicinesia, rigidez, temblor y marcha arrastrada, a síntomas similares a los de la enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad Wilson
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Alzheimer
- Ataxias espinocerebrales
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (parr. 1)

1.2.6. Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson

Existen varias opciones de tratamiento, entre ellas se encuentran las terapias farmacológicas, aunque se utilizan para mejorar la función motriz, pueden perder su efectividad con el tiempo o provocar efectos secundarios.

- Fármacos dopaminérgicos (fármacos de acción similar a la dopamina)
- Inhibidor de descarboxilasa: fármaco que se utiliza con levodopa para tratar los síntomas de la enfermedad de Parkinson.
- Agonistas de la dopamina: fármacos que se unen a los receptores de la dopamina para imitar la acción de la misma.
- Anticolinérgicos: clase de fármacos que relajan la musculatura lisa y se utilizan principalmente para tratar el temblor.
- Inhibidores de MAO-B: fármacos que bloquean una enzima que degrada la dopamina, permitiéndole permanecer más tiempo en el receptor.
- Inhibidores COMT: fármacos que unen los receptores de dopamina e imitan la acción de la dopamina. (Terapia Parkinson, 2017, parr. 1)

También existe la Palidotomía, que consiste en la destrucción de una región del cerebro implicada en el control del movimiento. Los efectos negativos pueden incluir hemorragia, debilidad, déficits visuales y del habla, y confusión.

Por último, se encuentra la terapia de estimulación cerebral profunda (DBS Therapy) que es una terapia que ofrece un tratamiento ajustable y, reversible para la enfermedad de Parkinson. La terapia usa un dispositivo médico implantado que produce la estimulación eléctrica de áreas específicas del cerebro (Medtronic Ibérica, S.A., 2010).

1.2.7. Trastorno neurodegenerativo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición, American Psychiatric Association, 2014), se refiere que dentro de los criterios diagnósticos que se debe cumplir con los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve; los cuales aparecen durante el transcurso de la enfermedad de Parkinson. Se presentan un inicio insidioso y con una progresión rápida. Es importante mencionar que el trastorno no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental. Adicionalmente se conoce que existe un declive cognitivo que aparece después del inicio de la EP. Algunos síntomas son la apatía, el ánimo deprimido, la ansiedad, las alucinaciones, los delirios, los cambios de personalidad, el trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos y la somnolencia diurna excesiva. Por otra parte, alguno de los factores de riesgo y pronóstico: ambientales; entre los factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson está la exposición a herbidas y pesticidas. Genéticos y fisiológicos; son posibles factores de riesgo del TNC entre los individuos con enfermedad de Parkinson la edad más avanzada al iniciarse el trastorno y la mayor duración de la enfermedad.

1.3. Autonomía

Con base a la Ley de Promoción de Autonomía Provisional y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, decreto 39/2006, artículo 2, Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo, (2006); la autonomía se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personas acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar actividades básicas de la vida diaria. En el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, definidas en la LAPAD como

las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales

como: el cuidados personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. (LAPAD, Art. 2)

De acuerdo con lo que afirma Sieckmann (2008), la autonomía es la autodeterminación de guiar la propia conducta de acuerdo con los objetivos o normas que uno elige, lo que incluye decidir por uno mismo. Es decir, que la persona pueda tener una mayor facilidad para realizar sus movimientos y tareas del día a día, lo cual produce una gran satisfacción. La misma se ve contemplada con base a las actividades de la vida diaria. Tareas elementales de la persona, que le permite desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia,.

Las actividades de la vida diaria (AVDs) son todas las actividades en las que se ocupan las personas. En función de su complejidad, se encuentran tres categorías diferentes que se llaman áreas de ocupación, y que son:

- AVDs básicas: Son las actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo.
- AVDs instrumentales: Son las actividades que están orientadas a la interacción con el entorno. Son más complejas que las AVDs básicas y pueden delegarse en otras personas.
- AVDs avanzadas: Son actividades más complejas que las anteriores. (Romero, 2007, p. 268)

Según la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre envejecimiento (2002), es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Es importante mencionar que cuando la limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

1.4. Ansiedad

Muchos de las situaciones de estrés se atribuyen al estado emocional, sentimientos como la ansiedad, baja autoestima o ser reactivo; entonces estas “falsas emociones” pasan cuando el cerebro tiene deficiencia de química para soportar la resiliencia hacia el estrés. (Melnick, 2013).

De acuerdo con Hasson (2014) la ansiedad es una respuesta a algo en el futuro; algo lo cual se teme que suceda y la persona no sabrá cómo y si será capaz de lidiar con ello. La ansiedad puede estar basada en una experiencia pasada, o si no se tiene idea de cómo terminará o pasará alguna de una experiencia o situación. Pero también puede estar basada en una situación, la cual ya se ha vivido, pero que se encontró difícil de sobrellevar, por ende, la persona puede tener sentimientos difíciles. Como todas las emociones, la ansiedad puede llegar a ser positiva, ya que sentirse nervioso puede mantener a la persona enfocada. Sin embargo, si estos sentimientos ofuscan a la persona y se tienen pensamientos negativos que dominan, la habilidad de concentrarse se puede ver afectada.

Hasson define los siguientes síntomas físicos relacionados con la ansiedad: respiración poco profunda, una sensación de temor o vacío en la boca del estómago y sentimientos de tensión. Los pensamientos negativos son heredados como parte de la ansiedad, ya que los pensamientos ansiosos toman vida propia e interfieren con cada pensamiento en la cabeza.

Los síntomas de ansiedad son comunes en la enfermedad de Parkinson. Se estima que un tercio de los pacientes con Parkinson padece por lo menos un trastorno de ansiedad y que uno de cada ocho sufre de múltiples trastornos de ansiedad. Un cuarto desarrolla depresión grave y el 13 por ciento tiene distimia (Simning, Conwell, Mohile, y van Wijngaarden, 2013). De acuerdo con Sotillo

(2013), la ansiedad es un mecanismo de adaptación a situaciones de estrés, lo que hace que el afrontamiento sea adecuado ante tales situaciones. Esta respuesta es normal e incluso necesaria, funciona de forma ajustada cuando hay una proporción entre estímulo y respuesta. Muchas veces la ansiedad se ve causada por demasiada preocupación; ya que paraliza el hecho de saber que no se puede hacer nada en un problema o conflicto. Desde un punto de vista cognitivo, se sabe que la ansiedad es una respuesta que se genera por la percepción propia, más que de las cosas en sí. Por lo tanto, si una situación se percibe como amenazante, se sentirá así la conducta de temor y ansiedad. A partir del punto de vista biológico, existen factores genéticos, predeterminados por los genes que hacen que las personas sufran de ansiedad.

Una manera de manejar la ansiedad es por medio de la desviación de pensamientos hacia otra actividad, algo que se pueda disfrutar, pero que sea constructivo, algo que la persona sepa requiere atención y que permite que la persona pare de involucrarse en sus preocupaciones (Hasson, 2014).

1.5. Musicoterapia

Según Benenson (2011), la musicoterapia es un tipo de terapia psicológica que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corpo-sonoro-musicales para establecer una relación entre el terapeuta y el paciente. Es un campo de la medicina que estudia la relación entre el sonido y el ser humano con el objetivo de abrir canales de comunicación para lograr efectos terapéuticos, psicoprofilácticos (prevención de enfermedades) y de rehabilitación en él mismo y en la sociedad. Cuando se habla del término de musicoterapia no se refiere únicamente a la música, ya que esta se limita a un arte y ciencia; sin embargo, la musicoterapia también incluye elementos rítmicos, que pueden imitarse con los pies, las palmas, la voz y otros. Tiene fundamentalmente el objetivo de una terapia, pero también se encuentran implícitos el uso del contexto no-verbal, como lo sería el diagnóstico y el profiláctico.

Con base a lo que propone Satinosky (2006), a través de la música se pueden curar o tratar fallas de la memoria, el debilitamiento del sentido auditivo, las dificultades de expresión, sociales o familiares. Es importante mencionar que la música fue utilizada en las civilizaciones antiguas con fines terapéuticos y hasta hoy se la incrementa con ese fin. Esto se debe a que el ritmo de un sujeto es una de las partes que integra su vida espiritual a la material; lo cual se puede ver en algo tan simple como cuando una persona camina y a esta acción va ligado un vaivén del cuerpo humano. Algunas de las áreas del cerebro que se encuentran activas continuamente con la música son la atención, la memoria y la concentración.

Berrocal (2008) menciona que el profesional de la salud tiene una gran responsabilidad ya que se relaciona con el ser humano en varios de sus niveles. Por lo tanto, es importante poseer sensibilidad, respeto y que muestre una buena disposición, actitud e intención en todos sus actos. Por medio de la música, el terapeuta debe de tener la capacidad de canalizar una comunicación verbal y no verbal; una relación humana y especialmente relevante en el campo de la salud.

1.5.1. Técnicas de Musicoterapia

De acuerdo con Bruscia (como se citó en Thérapi, 2011), es importante mencionar que las técnicas de la musicoterapia varían ya que todo depende del paciente y del tipo de trastorno que el mismo padezca. Por lo que, gran parte de lo heterogéneo de la musicoterapia tiene que ver con las técnicas utilizadas. El terapeuta debe utilizar o desarrollar la música a partir de sus conocimientos, experiencias y objetivos terapéuticos. De igual forma, las técnicas se pueden dividir en dos grandes grupos:

- Técnicas expresivas, en las cuales se comprende al paciente como el creador activo de la música. Por lo tanto, muchas de estas técnicas se

basan en la improvisación a nivel instrumental, vocal y corporal. Dentro de estos métodos se encuentran los siguientes:

- Improvisación musical de Schmolz
 - Diálogo musical de Orff-Schulberg
 - Método Nordoff-Robins
 - Modelo Bruscia
 - Musicoterapia analítica de Priestley
 - Psicodrama musical de J.J. Moreno
-
- Técnicas receptivas, en las que el paciente no es autor de la música y el uso sirve un propósito mayoritariamente interno. En esta técnica la música puede ser grabada o en vivo. Cuando la música está grabada, es una ventaja para el terapeuta, ya que el mismo puede observar e interactuar con el paciente. Además, la música grabada no se ve influenciada por aspectos emocionales, los cuales estarían presentes en una actuación en vivo. Dentro de estos métodos se encuentran los siguientes:
 - Método GIM
 - Método receptivo de Jost
 - Técnica de Altshuler. (Thérapi, 2011, parr. 4)

Con lo presentado anteriormente en relación a la edad de adultez media, las enfermedades neurodegenerativas, en particular la enfermedad de Parkinson acompañado de algunos factores como los son la ansiedad y la autonomía, se puede resaltar, con base a estudios consultados sobre la misma, que debe existir un tratamiento complementario para mejorar el pronóstico del paciente. También se pudo aceptar el efecto positivo que tiene una terapia con música o musicoterapia en el paciente, lo que dependerá del tipo de terapia y del trastorno.

II. Planteamiento del Problema

La mayoría del tiempo, los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Parkinson reciben su diagnóstico alrededor de los cincuenta años, edad donde una persona aun espera ser autónoma e independiente. Por lo que muchas veces esto resulta en depresiones o sentimientos de ansiedad al no poder realizar las tareas por cuenta propia. Tienen dificultad en relación a la autonomía de sus movimientos diarios, lo cual les afecta en un nivel físico y psicológico.

Al conocer que la enfermedad es crónica y progresiva, la persona se ve en la necesidad de invertir grandes cantidades de dinero en tratamientos médicos, fármacos, equipo médico, entre otros. Esto también es un causante de la ansiedad y altos niveles de estrés en la persona, pues no es un gasto que hayan tenido previsto y muchas veces no se cuenta con la liquidez o capacidad económica.

Debido a los síntomas que una persona con Parkinson presenta, la persona puede llegar a deprimirse si no recibe un tratamiento; esto tendría repercusiones en la recuperación y podría causar degeneración con más rapidez. Los pacientes que padecen de Parkinson presentan ansiedad; así como también tienen dificultad en relación a la autonomía de sus movimientos diarios, lo cual les afecta en un nivel físico y psicológico. En Guatemala, muy rara vez se ofrecen tratamientos complementarios a la medicina. Por lo que las personas con distintos diagnósticos se ven obligados a depender únicamente en el medicamento y la forma en que éste pueda mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Por lo anteriormente mencionado, el tratamiento complementario es importante para los pacientes de la EP. Uno de los tratamientos complementarios que se pueden utilizar son los tratamientos con música, ya que la música excita varias partes del cerebro, entre ellas las áreas que tienen relación con los movimientos motores, el oído (relacionado con el balance del cuerpo), también causa sentimientos positivos y relajantes en la persona; entre otros.

Por lo mismo, la presente investigación pretende determinar: ¿En qué medida la técnica receptiva de la musicoterapia mejora la autonomía y disminuye los niveles de ansiedad de un paciente con diagnóstico de Parkinson?

2.1. Objetivos

2.1.1 Generales:

Conocer en qué medida se puede mejorar la autonomía y disminuir los niveles de ansiedad de un paciente con diagnóstico de Parkinson por medio de la técnica receptiva de la musicoterapia.

2.1.2 Específicos:

- Conocer los niveles de ansiedad y autonomía en pacientes con diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (EP), previa al estudio del uso de la técnica receptiva de la musicoterapia.
- Evaluar los niveles de ansiedad y autonomía en pacientes con diagnóstico de la EP, durante el uso continuo de la técnica receptiva de la musicoterapia.
- Medir los niveles de ansiedad y autonomía con sus indicadores, en pacientes con diagnóstico de la EP posterior al período de la prueba del uso continuo de la técnica receptiva de la musicoterapia.
- Crear un programa con música, con base a la técnica receptiva de la musicoterapia, para el tratamiento psicológico de la EP.

2.2. Variables de estudio

2.2.1 Ansiedad

2.2.2. Autonomía, con los siguientes indicadores:

- Subjetivo-Cognitivo
- Fisiológico-somático

- Motor-conductual
- Higiene
- Movilidad
- Alimentación

2.2.3 Técnica Receptiva de la Musicoterapia

2.3. Definición de Variables

2.4.1 Conceptual:

La ansiedad, como afirma Rojas (2013), es anticipada, ya que surge antes que realmente llegue el problema, supone una sensación de incapacidad para superar lo que venga o pueda pasar.

Por autonomía se entiende como la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas fundamentales sin necesidad de ayuda, de esta forma, la persona puede organizar su vida y tomar decisiones, sin la asistencia de terceros (Villar, 2009).

La técnica receptiva de la musicoterapia, de acuerdo con Bruscia (2007), se define como una experiencia de música pasiva en donde el cliente escucha, entra en ella, o la recibe.

2.4.2 Operacional:

La ansiedad de acuerdo a esta investigación se entiende como la relación a respuestas psicológicas y físicas, la cual se medirá en base a la escala de ansiedad de Hamilton, la cual mide signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Y se complementará por medio de una entrevista que se estará realizando anterior y posteriormente,

así como también se estará observando a los sujetos estando al pendiente de posibles cambios.

Por otra parte, se encuentra la autonomía, que en esta investigación se supone como la capacidad de hacer algo por si solo o sin necesidad de la ayuda de un tercero, y se evaluará en base al índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria por Katz, que incluye baño, vestido, uso del inodoro, movilidad, continencia y alimentación, en base a ocho posibles niveles. En adición, se observará a los sujetos y se les preguntará sobre su experiencia en base a dos entrevistas.

La técnica receptiva de la musicoterapia se entiende en esta investigación como una única melodía que se estará grabando en base a los efectos de las notas, tonos y sonidos; la cual será grabada en dispositivos MP3 los cuales tendrán disponibles los sujetos que padecen de Parkinson para probar los resultados que tienen dichos estímulos.

2.4. Alcances y Límites

Esta investigación pretende determinar si existe alguna diferencia con respecto a los síntomas de ansiedad y la autonomía de la persona que padece de la EP posterior a realizar una terapia complementaria de música, que consistirá en escuchar la misma canción diariamente, durante al menos un momento en el día. Los pacientes tendrán la canción disponible en un dispositivo de audio y se les indicará cuando deben escuchar la misma. Una vez a la semana se visitará a los sujetos para que el investigador pueda observar y registrar los cambios o ausencia de los mismos. Es importante mencionar que esta investigación únicamente toma en cuenta a las personas que padecen de la enfermedad de Parkinson, por lo que los resultados pueden no aplicar en otros trastornos o enfermedades.

2.5. Aportes

Se creará una canción que pueda funcionar como terapia complementaria para los pacientes que padecen de la enfermedad de Parkinson. Los resultados y beneficios de la misma se medirán en base a la escala de ansiedad de Hamilton y el índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria por Katz.

Los resultados obtenidos de esta investigación son aporte a la Universidad Rafael Landívar, especialmente a la Facultad de Psicología, ya que permite conocer cuáles son los efectos psicológicos de la música en pacientes con la EP. Las personas que padecen de dicha enfermedad podrían mejorar significativamente su vida diaria y mejorar el pronóstico para el diagnóstico.

III. Método

3.1. Sujetos

La población de la presente investigación son personas que han sido diagnosticadas con la Enfermedad de Parkinson. Estas personas pertenecen a ambos géneros, masculino y femenino; cuyas edades se encuentran ubicadas dentro de la adultez media. La muestra se conforma por cinco personas.

La selección de la muestra se realizó con base a cadenas o redes, también conocido como “bola de nieve”, se utiliza para acceder a población de baja incidencia y a individuos de difícil acceso, en donde los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos. Por medio de las cuales se contactaron a distintas personas que padecen de dicha enfermedad quienes luego expresaron su interés por participar en dicho estudio.

3.2. Instrumentos

Para esta investigación se elaboró un formato de entrevista por medio del cual se busca conocer a más detalle la situación del paciente tanto anterior como posterior al programa. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), las entrevistas implican que una persona calificada aplica un cuestionario, el mismo hace las preguntas y luego anota las respuestas. La mayoría de entrevistas son aplicadas individualmente, aunque podrían aplicarse de manera grupal. Se utilizarán dos formatos de entrevista, una inicial de 34 preguntas y otra de 30 preguntas abiertas y cerradas; las cuales corresponden a los siguientes indicadores: historia clínica, subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático, motor-conductual, higiene, movilidad y alimentación. Se complementará por medio de la observación, en la cual se llevará un diario de campo, el cual, de acuerdo con Taylor y Bodgan (1987), se conoce como un instrumento utilizado por investigadores para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser

interpretados. En este sentido, el diario de campo es una herramienta que permite sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados.

También se aplicará la Escala de Ansiedad de Hamilton, 1959, la cual, de acuerdo con Bech y Cols (como se citó en Psicopsi, 2016), tiene como objetivo valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados. contiene 14 ítems, Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

La escala muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0.74 - 0.96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0.96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0.64$).

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi, ($r = 0.63 - 0.75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0.56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones

medias respectivas de 18.9 y 2.4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton, ($r = 0.62 - 0.73$).

Como tercer parámetro, se utilizará Índice de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria de Katz, el cual consiste en un cuestionario heteroadministrado de seis ítems dicotómicos el cual presenta ocho posibles niveles, de acuerdo a la siguiente tabla:

Independiente en todas sus funciones
Independiente en todas las funciones menos en una de ellas
Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera
Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del inodoro y otra cualquiera
Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del inodoro, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes
Dependiente en todas las funciones
Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Fuente: Hamilton (1959)

Se puntúa considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Posteriormente se toman los resultados numéricos y se interpretan de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 0-1 punto = ausencia de incapacidad o incapacidad leve
- 2-3 puntos = incapacidad moderada
- 4-6 puntos = incapacidad severa

Tiene un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además, es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos. Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación, menor expectativa de vida activa). Sin embargo,

es poco sensible antes cambios pequeños de la capacidad funcional. El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Tiene buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

3.3. Procedimiento

- Se seleccionó el problema de investigación.
- Se plantearon los objetivos que se busca alcanzar por medio de la presente investigación.
- Se llevó a cabo la debida investigación y recopilación de datos relevantes e importantes acerca del tema.
- Para llevar un mejor control sobre los avances de la investigación se realizó una entrevista. Adicional a ellos, se trabajó con la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Índice de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria de Katz.
- Se realizó la entrevista y se aplicaron ambos formatos a la persona diagnosticada con la Enfermedad de Parkinson previo a empezar con la terapia, de forma individual.
- Se realizó un análisis de los resultados para determinar los niveles de ansiedad y los niveles de autonomía en el paciente.
- Se realizó la terapia la cual consiste en escuchar por lo menos una vez al día la canción que le brindó el terapeuta al paciente.
- Luego se realizaron las mismas tres acciones, la entrevista y los dos formatos, posterior a la terapia.
- Se realizó un análisis de los resultados para nuevamente determinar los niveles de ansiedad y los niveles de autonomía del paciente.
- Al tener esta información, y ya que la misma había sido tabulada, los resultados se presentaron a través de una estadística descriptiva e inferencial. Se calcularon los datos descriptivos por medio de las medidas de tendencia central y la desviación estándar de cada uno de los ítems.

- Se evaluaron los resultados individuales de cada una de las personas que participaron en el estudio, para conocer desde su perspectiva los resultados de la misma.
- Por último, se discutieron los resultados obtenidos para que en base a ellos se pudiese formular conclusiones y dejar plasmadas las recomendaciones.

3.4. Diseño

Esta es una investigación mixta. Según Hernández y Mendoza, (como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 2010), los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. Se realizará como un estudio de caso el cual, de acuerdo con Bisquerra (2009), se define como el método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendido estos como entidades sociales o entidades educativas únicas.

IV. Resultados

Aquí se presenta la descripción individual de cada uno de los cinco casos y los esquemas en base a las respuestas recopiladas durante las entrevistas, escala e índice; los cuales muestran los datos obtenidos de una forma más clara y concreta. Habían dos entrevistas, ambas constaron de alrededor de 30 preguntas; las cuales fueron validadas por tres profesionales, con el objetivo de recopilar datos relevantes al estudio. Por confidencialidad y protección de los pacientes, se utilizarán únicamente las iniciales. Estos pacientes oscilan entre las edades de 44 a 79, quienes han sido diagnosticados con la enfermedad de Parkinson.

Caso MS:

MS es un señor de 58 años, quien se graduó de ingeniero y actualmente se encuentra jubilado. Es casado, tiene dos hijos y un nieto; vive en Fraijanes, Guatemala con su esposa. Fue diagnosticado con la Enfermedad de Parkinson en 2006, lo cual le ha cambiado la vida, puesto que ya no puede trabajar, debido a los efectos y los medicamentos, así como también, padece de rigidez. Comenta que depende de otras personas para sus actividades diarias; por lo que no tiene independencia. De acuerdo con el paciente, la familia se ha visto afectada a partir del diagnóstico, en un inicio, emocionalmente y luego, es algo que le ha cambiado la vida a todos. La esposa agrega:

“yo tampoco tengo independencia y la vida que nos dábamos antes, ya no la podemos tener”.

Durante el último año el paciente comenta que su enfermedad se ve más avanzada, sin embargo, no considera que su inteligencia o pensamiento se hayan visto afectados. La esposa comenta que ella ha podido observar que existe dificultad sobre todo en la capacidad de lectura, pero, el pensamiento y la inteligencia podría parecer que ha cambiado, mas no es la realidad, ya que lo que le afecta es la dificultad para expresarse o hablar. Por lo mismo, se le dificulta la

resolución de problemas, pero es a causa de sus limitaciones, sin embargo sigue siendo él quien resuelve los mismos dentro del entorno familiar.

El paciente refiere que no tiene dificultad para recordar acontecimientos o eventos, pero le preocupa el futuro de su familia. Posterior a los tres meses, agrega que otras de sus preocupaciones son su situación financiera y la salud de la familia. Piensa en sus hijos porque aún cuando todos se han ido de casa, siguen aprendiendo de los padres. No presenta problemas para dormir, pero esto se ve relacionado a que toma medicamento, Quetiapina, para dormir. Cuando el paciente duerme, no considera que logre descansar, lo cual repercute en que se siente agotado durante el día. Es importante mencionar, que este es uno de los beneficios que se ha visto posterior a la terapia, ya que el paciente refiere que ha logrado descansar, no está tomando medicamento y no parece estar cansado.

En cuestión de los hábitos alimenticios, la esposa comenta que los medicamentos afectan, ya que ingiere los mismos con el estómago vacío. Se trata de evitar consumir proteína por la mañana ya que ésta repercute en los síntomas. Comenta que ha tenido la presión baja, pero es efecto de la medicina. No ha tenido mareos, pero si existe cierta inestabilidad, la cual es característica de los pacientes diagnosticados con EP.

En relación a los movimientos, MS tiene dificultad para movilizarse tanto dentro como fuera de casa, categorizando sus movimientos como lentos y descoordinados. La única tarea que no se le dificulta, es subir o bajar gradas. Para el resto de las tareas necesita tener un apoyo ya que no se siente cómodo realizándolas solo. Se ducha un día si y un día no, en un inicio orinaba, en promedio, cinco veces al día y defecaba tres veces al día. Actualmente, luego del tratamiento, refiere que orina un promedio de seis veces al día y ahora defeca cada dos días. Puede vestirse solo, sin embargo, la mayoría del tiempo cuenta con apoyo para completar dicha tarea. Utiliza un soporte para caminar, siendo la distancia más larga que podía caminar sin el, de cinco metros, actualmente refiere

que puede caminar entre cinco y diez metros sin necesidad de un soporte. En cuanto a la rapidez, el paciente refiere que ha disminuido totalmente desde hace siete años. Finalmente, no necesita ayuda para comer, pero no puede cocinar.

Ya que en este estudio se buscaba complementar el tratamiento con una terapia alterna, se le preguntó al paciente si había realizado alguna anteriormente; a lo cual respondió que ha hecho las siguientes cuatro: células madre, acupuntura, homeopatía y terapia física.

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, MS obtuvo 18 puntos, ansiedad moderada/grave y 1 de acuerdo al índice de Katz, mostrando una incapacidad leve o ausente. Al finalizar la terapia, se pudo observar que MS obtuvo 15 puntos, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, y aunque bajó tres puntos, sigue estando dentro de la categoría de ansiedad moderada/grave. En cuanto al índice de Katz, este se mantuvo, es decir, no existió ningún cambio significativo.

El paciente refiere que durante los últimos tres meses se ha sentido variante; cambiante. Es decir, “algunas veces la pasa bien y otras mal”. Al respecto comenta, “es difícil decir, la presión, la tensión, el estrés.” El paciente comenta que si ha visto un cambio durante este tiempo de terapia, más que todo cuando tiene episodios, por la enfermedad, que le hacen sentir mal, ahora se siente distinto. La esposa comenta que pasa de estar en un 100% de malestar a un 85%.

Caso LP:

LP es un señor de 44 años, quién estudio hasta el nivel de diversificado; actualmente es un técnico en computadoras y se dedica a ello. Está casado, y vive en San Cristóbal, Guatemala con sus dos hijos. Fue diagnosticado con la Enfermedad de Parkinson en el 2016, desde entonces refiere que lo que más le

afecta es que la gente observe su temblor, ya que esto le ha causado inseguridad. En cuanto a la familia, el paciente refiere que sus hijos se han preocupado y a su esposa le ha causado preocupación e incertidumbre.

Durante el último año refiere que ha tenido poca estabilidad. Adicionalmente, considera que se ha vuelto más olvidadizo, sin embargo no ha tenido dificultad para recordar eventos o acontecimientos. Su mayor preocupación es por su enfermedad, y actualmente también refiere que le preocupa lo económico. No ha tenido dolores de cabeza, y se encuentra cansado constantemente, el mismo lo atribuye a la medicina. No padece de dolores de estómago, ni ha cambiado su alimentación, pero ha notado que el café algunas veces repercute en sus síntomas. El ritmo cardíaco se ha mantenido estable y actualmente no se marea. Agrega que tiene problemas para dormir y que no logra descansar; sin embargo, no toma medicamento para controlar el sueño. Es importante mencionar que si utiliza medicamento por la EP, Parmital (.75 mg), el cual toma cuatro veces al día desde hace un año. Además, se ha realizado acupuntura como una terapia alterna.

Tanto fuera como dentro de casa, el paciente es capaz de movilizarse sin ninguna dificultad. Sin embargo, refiere que sus movimientos son lentos, principalmente el lado derecho. Prefiere realizar las tareas solo, ya que no se siente tan cómodo cuando alguien le ayuda. Refiere que se ducha todos los días, orinaba un promedio de 10 veces al día, y ahora lo hace entre siete y ocho veces; y continua defecando una sola vez al día. Es capaz de vestirse sin ninguna ayuda y no necesita soporte para caminar. En un inicio, el paciente comentó que la distancia más larga que el podía caminar sin hacer mucho esfuerzo eran 14 KMS., actualmente, refiere que puede caminar 10 KMS.. Su rapidez al caminar ha disminuido desde hace un año. No se rige por una dieta específica, ni necesita ayuda para comer, y puede cocinar.

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, LP obtuvo 23 puntos, ansiedad moderada/grave y 0 de acuerdo al índice de Katz, mostrando una incapacidad leve o ausente. Al finalizar la terapia, se pudo observar que LP obtuvo 22 puntos, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, y aunque bajó un punto, sigue estando dentro de la categoría de ansiedad moderada/grave. En cuanto al índice de Katz, este se mantuvo, es decir, no existió ningún cambio significativo.

El paciente refiere que durante los últimos tres meses se ha sentido bien, “más estable”, refiere que aunque el temblor si ha incrementado un poco, ya no tiene ataques de ansiedad como los que presentaba anteriormente. El paciente comenta que ahora se puede relajar más fácilmente, de hecho, considera que el cansancio es otra de los factores que mejoraron ya que antes tenía demasiado cansancio y ahora solo es el normal.

Caso GG:

GG es un medico veterinario retirado de 72 años; tiene dos hijas y dos nietos. Vive en zona 10 de la Ciudad de Guatemala con su esposa y una de las hijas. Fue diagnosticado con la Enfermedad de Parkinson en 2009, desde entonces comenta que la misma le ha afectado en todo; locomoción, dicción y temperamento. La esposa agrega:

“ha sido muy duro, sobre todo porque él nos malacostumbró a ser el pilar, el nos resolvía todo”.

En general, ha sido un año malo, de acuerdo al paciente, porque considera frustrante estar limitado de movimiento y fuerza. El paciente comenta:

“parece imposible, pero ni una botella puedo abrir”.

Cuando se le preguntó al paciente sobre su estado cognitivo, comenta que todo se ha visto alterado, con la disminución de la memoria; siente que el cognitivo

no necesariamente concuerda con la realidad. Posterior a la terapia, el paciente comenta que el estado cognitivo está bien, a excepción de la memoria. Observa que hay una dificultad en cuanto a la resolución de problemas ya que se frustra de no poder hacer tareas que antes podía. Refiere que en ciertos aspectos si tiene dificultad para recordar, sin embargo, suele recordarse de eventos pasados con mucho detalle. Su preocupación se deriva a que le afecta el posible desarrollo de la enfermedad. Algunas veces padece de dolores de cabeza, pero es esporádico; lo cual atribuye a presiones fuertes. Tiene fuertes dolores de estómago, debido a la gastritis, y por lo mismo ha cambiado su alimentación. El ritmo cardiaco se mantiene estable y únicamente se marea cuando gira la cabeza muy rápido. Su preocupación se deriva a no poder hacer mayor cosa, tiene problemas para dormir y no parece estar muy seguro de descansar mientras lo hace y parece estar cansado todos los días. El paciente refiere que toma Quetiapina para dormir; el cual cambió posterior a los tres meses, ya que ahora comenta que está tomando Celoquel. En cuanto al medicamento para la EP, toma Sinemet desde hace seis años.

GG comenta que se le dificulta movilizarse tanto dentro como fuera de casa, sobre todo por las mañanas. Considera que sus movimientos son limitados y lentos, y prefiere hacer las actividades solo, aunque no siempre es posible. Se ducha todos los días, orina tres veces en promedio y defeca cada dos días; lo cual se mantuvo igual posterior a los tres meses. Para vestirse necesita apoyo por parte de la esposa. Utiliza bastón, únicamente dentro de casa, ya que puede caminar sin el, pero es por precaución. La rapidez en el paciente ha disminuido desde hace un promedio de ocho años.

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, GG obtuvo 41 puntos, ansiedad moderada/grave y 2 de acuerdo al índice de Katz, mostrando una incapacidad moderada. Al finalizar la terapia, se pudo observar que GG obtuvo 28 puntos, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, y bajó 13 puntos, pero

sigue estando dentro de la categoría de ansiedad moderada/grave. En cuanto al índice de Katz, este se mantuvo, es decir, no existió ningún cambio significativo.

El paciente refiere que durante los últimos tres meses su estado ha sido variable en relación a los resultados de sus tratamientos. No considera que haya sido notorio un cambio, sin embargo, agrega:

“posiblemente si lo tenga pero no puedo identificarlo”.

Caso PR:

PR es un señor de 75 años, actualmente labora como auditor interno de administración en finanzas. Vive solo en zona 6 de la Ciudad de Guatemala, ya que aunque está casado, se ha separado de su esposa; tiene dos hijos y tres nietos. Fue diagnosticado en el 2008, y desde entonces refiere que ha perdido la movilidad, el equilibrio y la motricidad. Comenta que hay acciones que ya no puede realizar, ya que ha perdido la fuerza, por ende, lo tienen que estar cuidando. Durante el último año, considera que no se puede retroceder y para sentirse mejor debe estar realizando actividad física más intensa.

Con respecto al estado cognitivo, considera que ha cambiado porque hay cosas que se le olvidan, sin embargo, posterior a la terapia, el paciente afirma que ha mejorado un poco. Presenta dificultad en la resolución de problemas; por ejemplo, en el trabajo, tiene dificultades para escribir, le da sueño y sus movimientos son lentos. Afirma que presenta dificultad para recordar acontecimientos y eventos, sobre todo con los nombres de las personas. Lo que más le preocupa es la situación económica de la familia; actualmente también le preocupa que lo regañen en el trabajo por presentarse tarde. Rara vez presenta dolores de cabeza, las cuales aparecen derivado a las tensiones del trabajo, y no ha tenido dolor de estómago. Su ritmo cardíaco se presenta estable de acuerdo a exámenes médicos. Algunas veces padece de vértigo, lo cual atribuye a la falta de irrigación en el cerebro. El paciente comenta que duerme bien, agrega:

“algunas veces hasta de más”.

No toma ningún medicamento para dormir, pero por las noches tiene prescrito Lirica, la cual le causa somnolencia. También ingiere Nigmogen (30 mg), Sinemet (50/200 mg) y Seligilina (5 mg), una vez al día. Refiere que ha tomado terapias alternas, como el baile.

Presenta dificultades para moverse dentro de la casa ya que los movimientos son lentos, puede moverse fuera de casa, pero debe tener precaución con los carros. Describe sus movimientos como torpes, ya que algunas veces, se le caen las cosas. Comenta que se siente solo tanto cuando lo ayudan como cuando realiza solo sus tareas; sin embargo, cuando lo hace solo, debe estar preguntando. Se ducha todos los días, orina un promedio entre cuatro y cinco veces y defeca una vez al día, y se mantuvo posterior a la terapia. No necesita ayuda para vestirse, sin embargo, necesita que haya alguien cerca. Puede caminar sin hacer esfuerzo y sin soporte entre 10 y 15 KMS., sin embargo, refiere que su rapidez ha disminuido desde hace tres años.

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, PR obtuvo 32 puntos, ansiedad moderada/grave y 0 de acuerdo al índice de Katz, mostrando una incapacidad leve o ausente. Al finalizar la terapia, se pudo observar que PR obtuvo 18 puntos, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, y bajó 14 puntos, pero sigue estando dentro de la categoría de ansiedad moderada/grave. En cuanto al índice de Katz, este incrementó por un punto, manteniéndose categorizado como una incapacidad leve o ausente.

El paciente refiere que durante los últimos tres meses se ha percatado de lo realmente enfermo que está, ya que “tiene dificultad para pensar las cosas”. Ha notado que se le dificulta vestirse, sin embargo, considera que ha mejorado en relación a la resolución de problemas o compartir una respuesta más rápida. Las personas que le rodean han visto que puede dormir mejor que anteriormente.

Caso EH:

EH es una paciente de 79 años quien estudio idioma en la universidad, y se dedicaba a bienes raíces, hasta que se jubiló. Tiene seis hijos y nueve nietos, es soltera y vive en la zona 15, Ciudad de Guatemala. Fue diagnosticada con la Enfermedad de Parkinson en el 2005, posterior al diagnóstico considera que su vida ha sido “de mucho, mucho aguante”. Comenta que es algo deprimente para la familia, ya que los hijos resienten la pesadez de la enfermedad que lentamente recorre su cuerpo. A pesar de ello, considera que ha estado bien durante el último año.

Cuando se le pregunta sobre el estado cognitivo, comenta que:

“la cabeza es fundamental, porque ahora me doy cuenta...ahorita creo que estoy empezando con una cosita de Alzhéimer, porque el Alzhéimer, es primo de Parkinson, entonces se nos trata con mas consideración, no aparece tan luego...pero ahora ya está, hay mezcla entre los primos”.

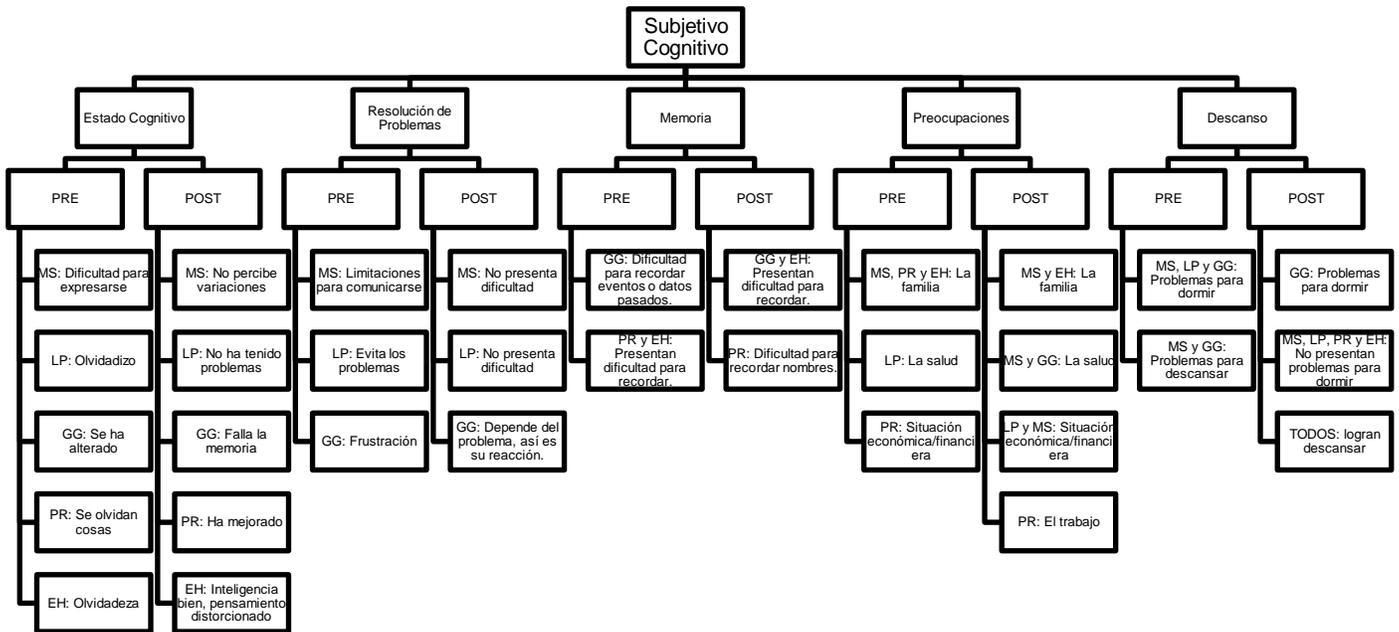
Refiere que no tiene dificultad en la resolución de problemas, pero si cuando se trata de recordar acontecimientos o eventos. En cuando a sus preocupaciones, únicamente son sus hijos. Varias veces experimenta dolores de cabeza lo cual atribuye a la tensión nerviosa; sistema nerviosa. Refiere que cambia su dieta con frecuencia, sin embargo, no es porque le moleste el estómago. Considera que el ritmo cardiaco ha disminuido un poco, y algunas veces cuando se acuesta, se marea. No tiene problemas para dormir, y cuando lo hace, logra descansar, por lo que no está cansada. Sin embargo, toma Neogaival (1/4) antes de dormir. También toma Sinemet, Parmital, PK Merz y Akinetón, una vez al día, desde hace 10 años. Refiere que como terapia alterna, le gusta utilizar el baile.

Se le dificulta movilizarse dentro de su casa, y aún más fuera de ella. Considera que sus movimientos son temblorosos, sobre todo en la columna y las piernas, por lo que le cuesta moverlas. Prefiere realizar las tareas sola, pero no le molesta que la ayuden. Refiere que se ducha todos los días, orina alrededor de cuatro veces al día y defeca una vez cada dos días. Necesita ayuda para vestirse, ya que ella no lo puede hacer sola. No necesita utilizar el bastón, pero si es aconsejable, y sin él considera que puede caminar hasta dos cuadras. No considera que su rapidez haya disminuido, y no ha cambiado su dieta.

De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, EH obtuvo 26 puntos, ansiedad moderada/grave y 5 de acuerdo al índice de Katz, mostrando una incapacidad severa. Al finalizar la terapia, se pudo observar que EH obtuvo 26 puntos, de nuevo, de acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton, por lo que no existe una diferencia y se mantiene dentro de la categoría de ansiedad moderada/grave. En cuanto al índice de Katz, este se mantuvo, es decir, no existió ningún cambio significativo.

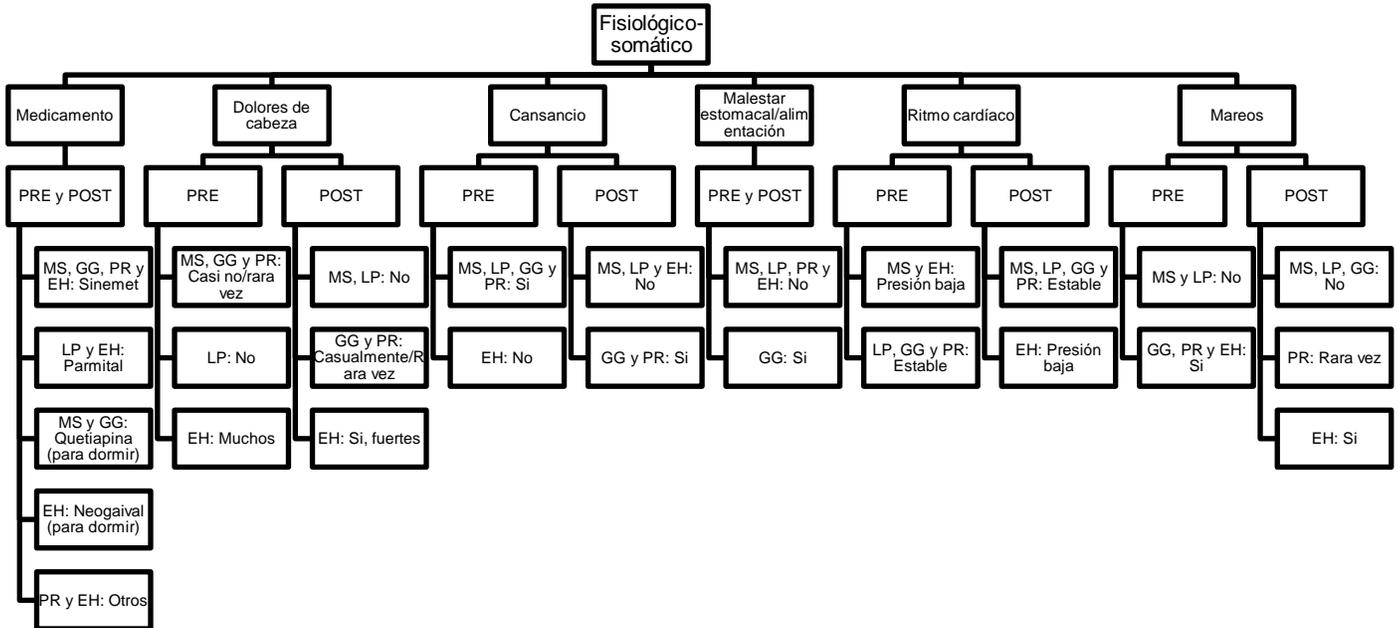
El paciente refiere que durante los últimos tres meses la paciente considera que se siente normal: “muy pero muy bien”. Sin embargo, esta afirmación no coincide con las otras repuestas que se han recopilado a partir de preguntas que se realizan a la paciente. Es importante mencionar que de los cinco pacientes, EH es la única que no fue constante cuando se trataba de escuchar la melodía diariamente.

Esquema 1: Ansiedad con base a lo subjetivo-cognitivo



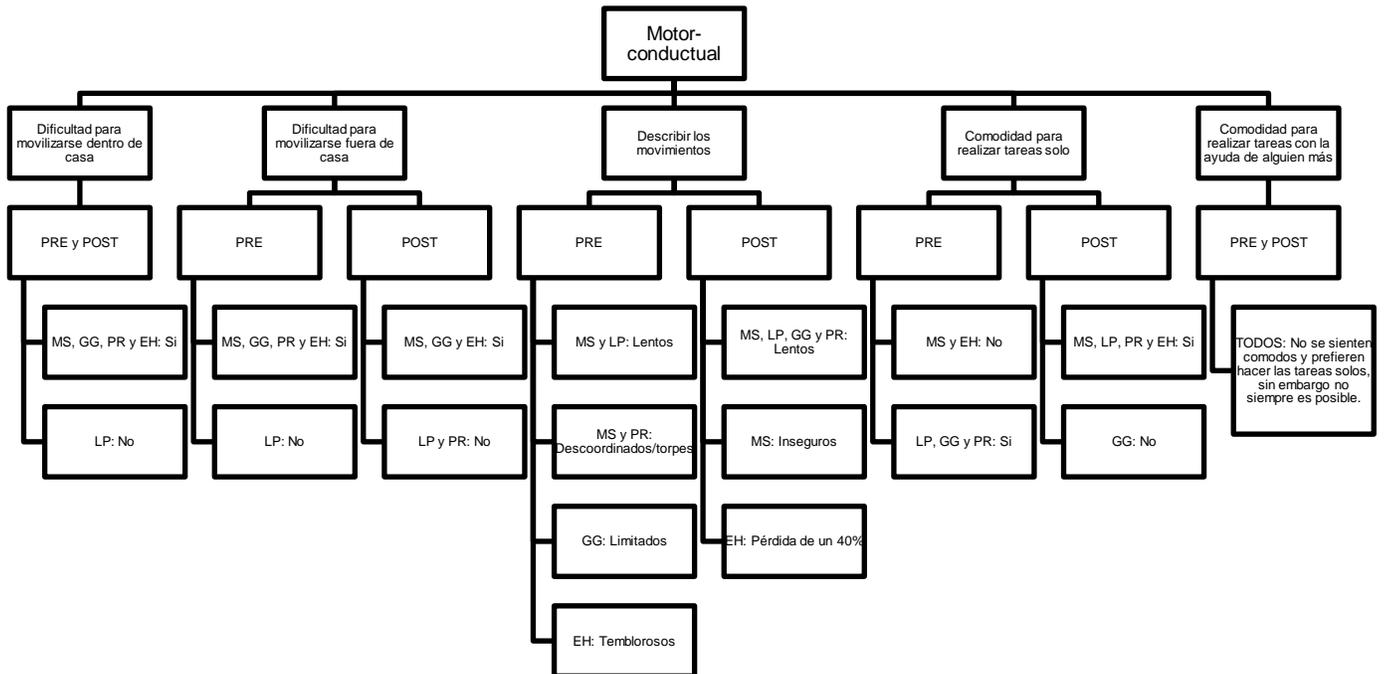
Fuente: autora

Esquema 2: Ansiedad con base a lo fisiológico-somático



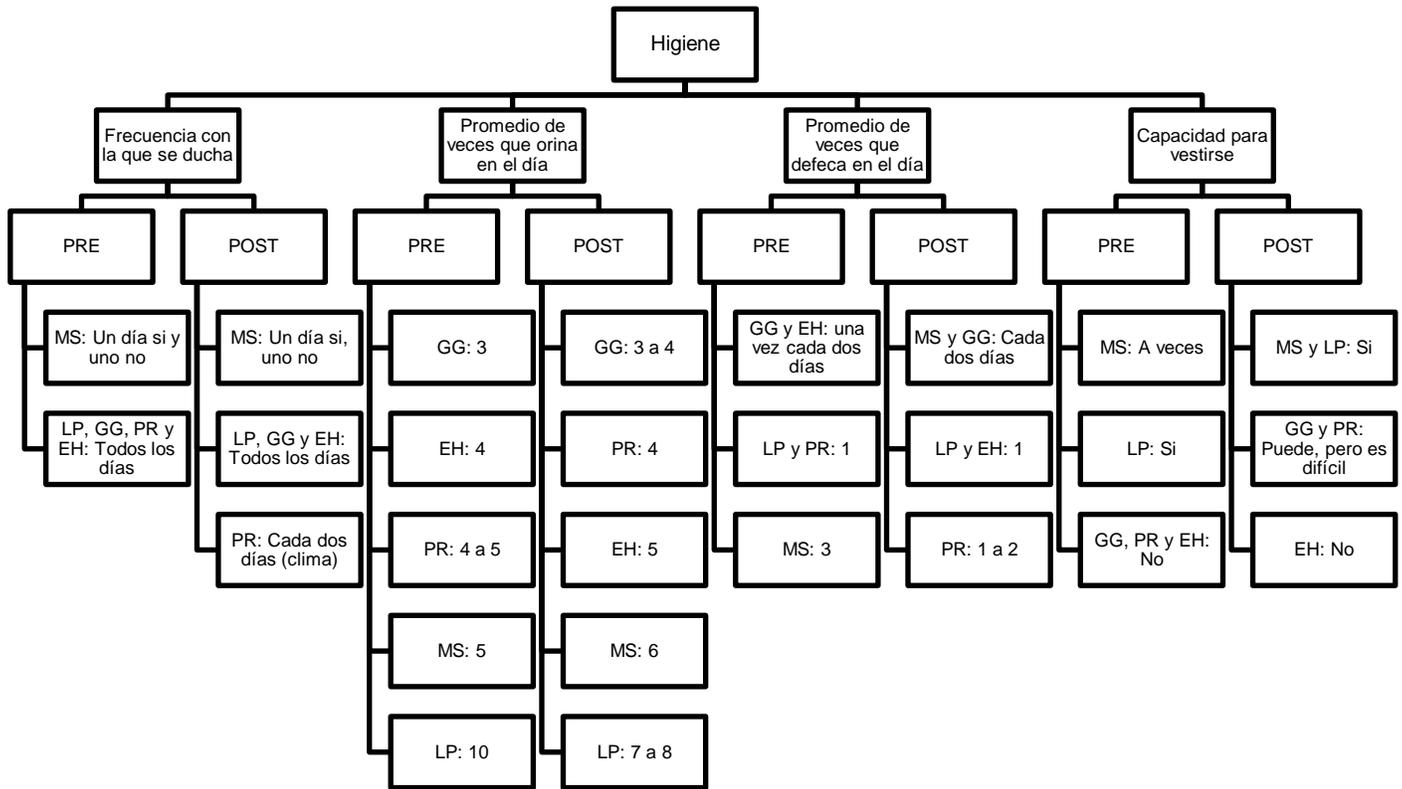
Fuente: autora

Esquema 3: Ansiedad con base a lo motor-conductual



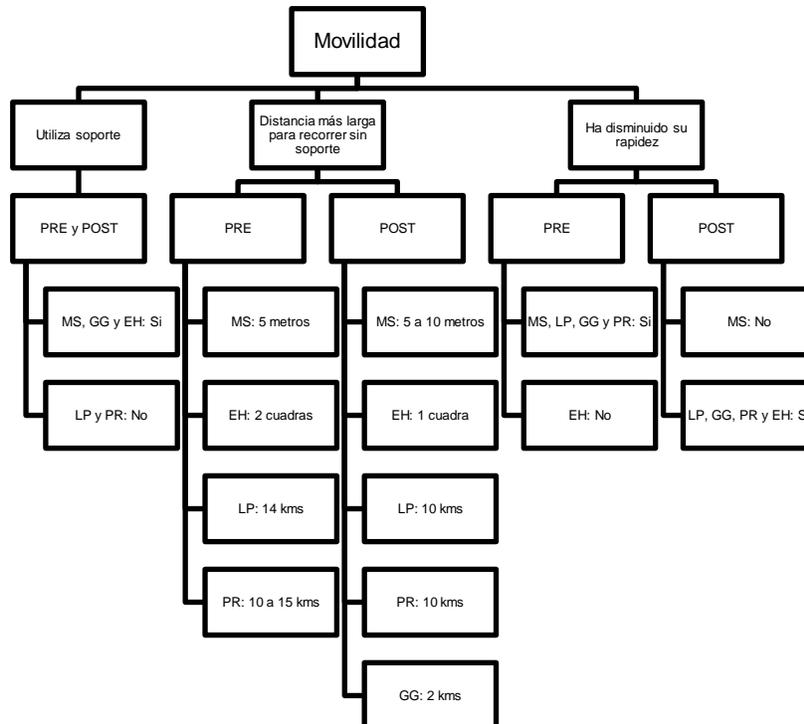
Fuente: autora

Esquema 4: Autonomía con base a la higiene



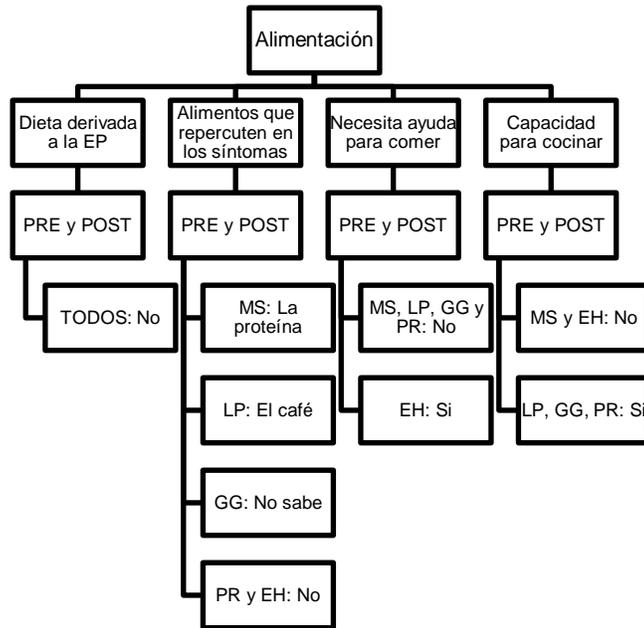
Fuente: autora

Esquema 5: Autonomía con base a la movilidad



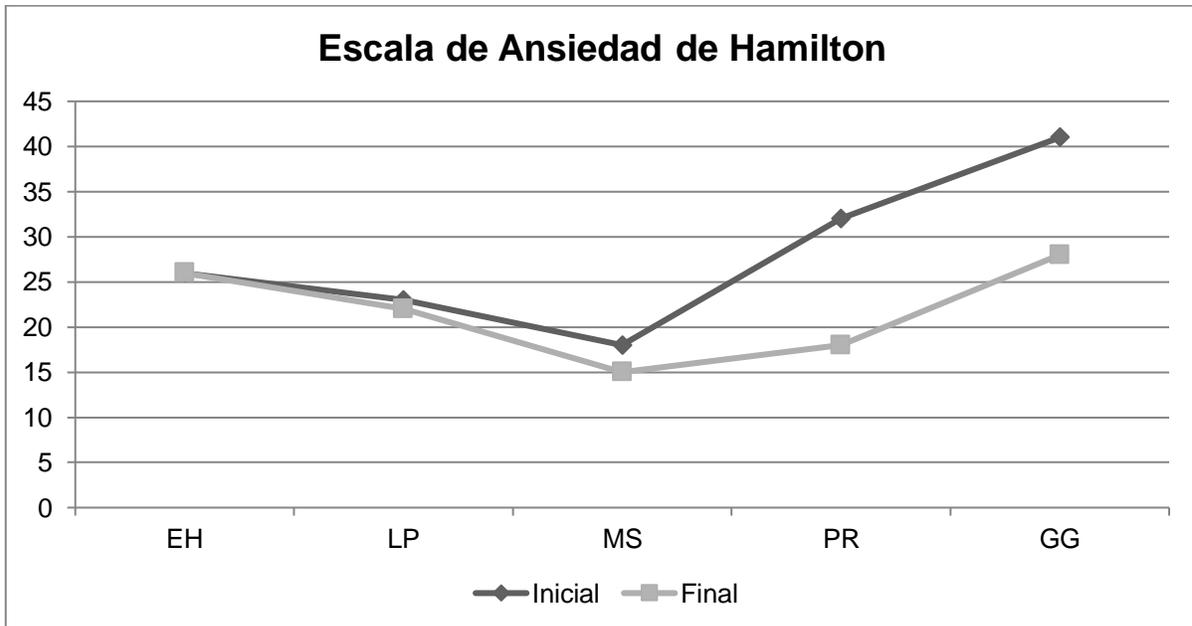
Fuente: autora

Esquema 6: Autonomía con base a la alimentación



Fuente: autora

Gráfica 1: Resultados comparativos con base a la Escala de Ansiedad de Hamilton.

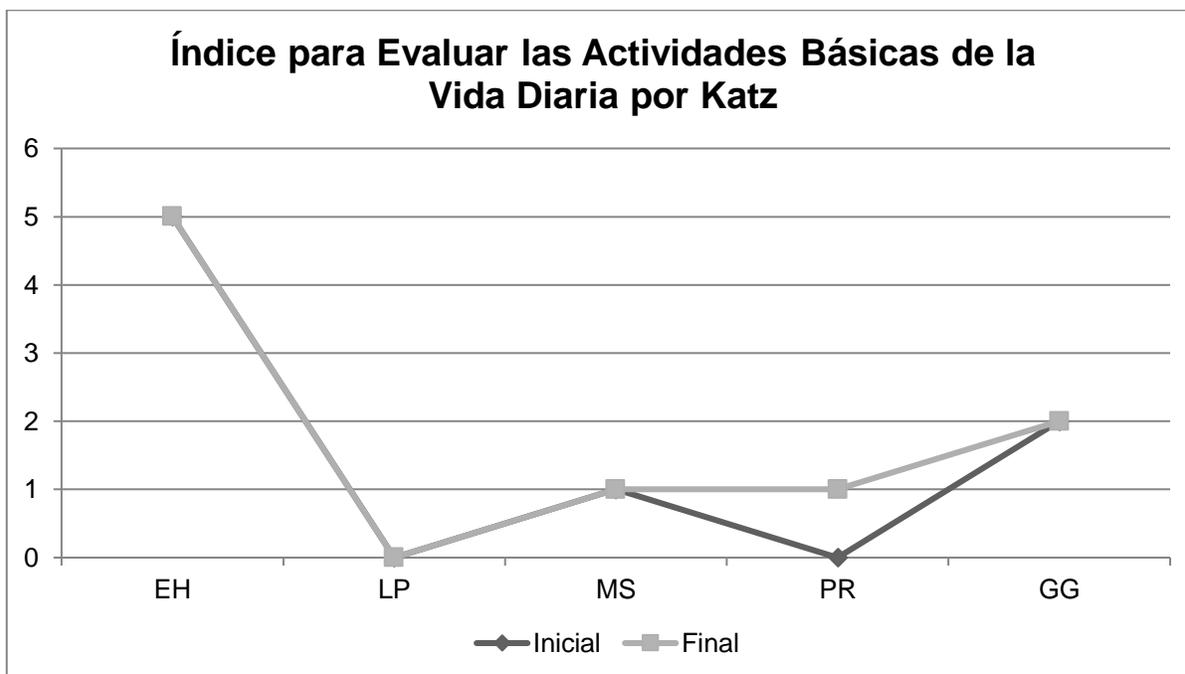


Fuente: autora

Con base a la gráfica 1, el nivel de ansiedad disminuyó en la mayoría de los pacientes posterior a los tres meses de terapia. De los cinco pacientes,

únicamente uno se mantuvo con el mismo nivel de ansiedad (EH), por el contrario LP disminuyó los niveles de ansiedad por un punto, MS lo hizo por tres puntos, PR por 14 y GG por 13.

Gráfica 2: Resultados comparativos con base al Índice para Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria por Katz.



Fuente: autora

Con base a la gráfica 2, la capacidad de realizar actividades diarias se mantuvo en la mayoría de los pacientes posterior a los tres meses de terapia. De los cinco pacientes, únicamente uno subió su nivel de dependencia por un punto (PR).

A través de la terapia se pudo observar que la técnica receptiva de la musicoterapia es beneficiosa para la mayoría de los pacientes en cuanto a la disminución de los niveles de ansiedad que presentan los pacientes diagnosticados con la Enfermedad de Parkinson. Por otra parte, no se pudieron

observar cambios significativos en cuanto a los efectos de dicha técnica sobre la autonomía de los pacientes.

Los resultados positivos de la técnica receptiva, se debe, en su mayoría, a las propiedades de relajamiento con las que cuenta la melodía ya que los pacientes mostraron y afirmaron una mejoría en relación a sus horas de sueño y descanso. Cabe mencionar que la única de los cinco pacientes, quien no mostró cambios positivos, fue la única que no fue consistente en lo que respecta a escuchar la melodía diariamente.

V. Discusión

En esta investigación se trabajó con base a la técnica receptiva de la musicoterapia para conocer los efectos de la misma sobre los niveles de ansiedad y la autonomía en las personas diagnosticadas con la Enfermedad de Parkinson. A nivel nacional se puede mencionar la investigación de Recinos (2016), con la cual buscaba establecer la efectividad del programa Music Time en el desarrollo de las habilidades sociales en un grupo de niños de 7 a 9 años en una institución privada. De Paz (2016), quien tuvo como objetivo determinar la influencia de la musicoterapia en la agresividad de los jóvenes. En el 2014, Pérez pretendía determinar los efectos de un programa de musicoterapia para el desarrollo de las habilidades sociales, el habla y la motricidad gruesa en un adolescente con parálisis cerebral. Por otra parte, Saravia (2011), buscaba crear un dispositivo que permitiera caminar de manera fluida a personas con Enfermedad de Parkinson, estimulando al cerebro a reaccionar ante la ocurrencia de un congelamiento y que fuese viable de fabricar en Guatemala. Tay (2007), se enfocó en determinar la importancia de la técnica de iniciación rítmica y los ejercicios de Frenkel en pacientes que padecen la enfermedad de Parkinson. A nivel internacional, este tema también ha sido trabajado por diversos investigadores. Por ejemplo, Marrón, Gibraltar y De La Luz (2011), de la Universidad Nacional Autónoma de México, estudiaron la eficiencia de la música y la señalización auditiva, como adyuvantes en la rehabilitación de pacientes con enfermedad de Parkinson, así como su nivel de evidencia y grado de recomendación.

En esta ocasión se trabajó el tema de los efectos de la técnica receptiva de la musicoterapia en pacientes guatemaltecos diagnosticados con la Enfermedad de Parkinson hace más de un año. Para efectos de dicho estudio, se analizaron seis indicadores, como elementos de la vida diaria en un paciente diagnosticado con la EP, cuyos resultados serán discutidos a continuación. Uno de los elementos importantes para el paciente es el aspecto subjetivo-cognitivo el cual se encuentra comprendido por medio de dos palabras; la subjetividad, que de acuerdo con

Bourdieu, (como se cito Garza, 2000), se refiere como un proceso de producción de significados y que puede analizarse en el nivel individual o en el social. Y la cognición que “tiene sus raíces etimológicas en la expresión *cognitio* cuyo significado es *llegar a saber*, tomado originalmente en el sentido de ver o percibir.” (Radford, 2004, p. 2).

Dentro de los pacientes que participaron en el estudio, se pudo detectar que el aspecto subjetivo-cognitivo previo a la terapia tenían dificultades para expresarse, referían alteraciones y olvidaban acontecimientos. Luego de la terapia se pudo observar que algunos referían ya no tener tantos problemas y que esta situación había mejorado; mientras otros tres referían que se sentían al igual que en el inicio. En cuanto a la resolución de problemas, en un inicio, comentaban que no tenían dificultad para resolver problemas, sin embargo tenían limitantes como problemas para comunicarse o frustraciones. Posterior a los tres meses, dos de los pacientes que anteriormente referían tener dificultades, ya no las tienen y el tercero refiere que depende de la gravedad del problema.

Dentro de lo subjetivo-cognitivo, se debe tomar en cuenta el aspecto de la memoria; durante la primera entrevista algunos pacientes presentaban dificultad para recordar (tres), dicha dificultad continúa presente aún luego de la terapia. Cuando se les preguntó sobre las posibles preocupaciones que puedan tener, los factores más comunes fueron la familia, la salud y la situación económica. Al finalizar la terapia, continúan los mismos factores, y adicionalmente se encuentra preocupaciones relacionados al trabajo. La capacidad para dormir y descansar durante el día era un factor que afectaba a varios de los pacientes; sin embargo, al finalizar el tratamiento, la mayoría de los pacientes refieren que esto se ha mejorado significativamente, especialmente porque actualmente todos son capaces de descansar. LP menciona:

“no, esa es la otra parte que mejoró, antes tenía demasiado cansancio, pero ahora, normal.”

Otro elemento importante es lo fisiológico-somático, dentro de este, nuevamente se encuentran dos palabras; la fisiología, de acuerdo con Le Vay (2004), se entiende como la interacción entre los sistemas corporales. Y el factor somático que es lo relacionado con el cuerpo, de acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. Por lo que se entiende que en este apartado se verá todo lo relacionado con el cuerpo de la persona tanto interno como externo.

Cuatro de cinco pacientes toman Sinemet como parte de su tratamiento para la EP. Dos de ellos también fueron prescritos con Parmital. Tres de los cinco pacientes toman medicamentos para dormir como lo son la Quetiapina y Neogaival. Finalmente dos (PR y EH) toman otros medicamentos adicionales. Al iniciar la terapia, durante la primera entrevista, cuatro de los cinco pacientes refirieron sentir cansancio por varios momentos del día ya que no lograban descansar; uno de los pacientes, MS comenta:

“no tanto, [refiriéndose a la capacidad para descansar] aunque no estoy muy activo no logro descansar; me siento muy agotado”.

Luego de la terapia, tres de ellos afirmaron que actualmente logran descansar, por lo que el cansancio ya no es un factor en su día a día.

Previo a la terapia una paciente refiere tener varios dolores de cabeza, tres pacientes refieren experimentarlo rara vez, y uno de ellos no ha percibido dolores de cabeza. Luego de los tres meses de terapia, los cambios no fueron tan evidentes, sin embargo, dos de ellos refieren no haber experimentado dolores de cabeza, otros dos afirmaron que rara vez lo tenían y una se mantuvo, ya que en un inicio decía que tenía varios dolores de cabeza y actualmente continúan y más fuertes. Cuatro de los cinco pacientes, refieren que no han tenido problemas o dolores estomacales y se mantienen de dicha forma hasta la conclusión de la terapia; al igual que el único que si refirió tener dolor estomacal, lo sigue padeciendo actualmente.

Inicialmente dos de los cinco pacientes refería tener la presión baja, mientras el resto decía tenerla estable, posterior a la terapia, únicamente una establece tener la presión baja, mientras el resto continua teniéndola estable. Durante la primer entrevista tres de los pacientes refieren que experimentan mareos y vértigo, sin embargo, posterior a ello, los números se invierten y ahora tres afirman que ya no se han mareado.

También es importante el factor motor-conductual, el cual se enfoca en estudiar los factores de movimientos y acciones del paciente. Es decir, por motor se entiende, que forma parte del sistema motor el cual está relacionado con los movimientos del cuerpo o de alguna parte (Velayos y Diéguez, 2015). Y lo conductual en la persona se utiliza para referirse a la actividad de una sustancia, un cuerpo, un átomo, etc., de acuerdo con Bleger (1968).

Tanto al inicio como al finalizar la terapia, la mayoría de los pacientes (cuatro de cinco) refieren tener dificultad para moverse dentro de casa. Ahora bien, al inicio cuatro presentaban dificultad para moverse fuera de casa también, pero al terminar la terapia, únicamente tres afirmaron que continuaban con dicha dificultad. PR agrega:

“No [tengo dificultad], a menos que hayan gradas u hoyos”.

Cuando se les pidió que describieran sus movimientos, dentro de las respuestas las características más comunes fueron: lentos, descoordinados o torpes e inseguros.

Dentro del estudio se buscaba conocer que tanta comodidad presentaban los pacientes tanto para realizar actividades por si solos, y con la ayuda de alguien más. En la primera entrevista dos mencionaban que no se sentían cómodos cuando lo debían hacer solos, lo cual cambio, ya que en la entrevista final cuatro de ellos afirmaron que si se sentían cómodos realizando tareas solos. Por otra parte, todos los pacientes afirman que no se sienten cómodos y prefieren hacer

las tareas solos, sin embargo, no siempre es posible. Como es el caso de GG quien comenta:

“no [refiriéndose a la comodidad de que alguien mas le ayude], prefiero hacerlo solo”.

Y PR quien agrega: *“me da un poco de vergüenza”.*

La higiene personal, es otro elemento que debía tomarse en cuenta, la misma se refiere a la limpieza y cuidado completo del cuerpo humano (Datko, 2017). Esto forma parte de las actividades diarias que una persona normalmente realiza, como lo es ducharse, utilizar el sanitario y vestirse.

La mayoría de los pacientes refieren en un inicio, que se duchan todos los días, cuatro de los cinco pacientes. Sin embargo, en la última sesión, una de las respuestas cambio ya que PR refiere que trata de hacerlo todos los días, pero depende del clima. Es importante mencionar que ninguno de los pacientes tiene problemas de continencia o necesita de otros medios médicos para orinar o defecar. La cantidad de veces que orinan varia de acuerdo a cada paciente pero la moda se podría decir que es 4 veces por día. En cuanto a defecar, dos de los pacientes comentan que lo hacen una vez cada dos días, para el resto, se podría decir que la moda es una vez por día. Por lo cual, se puede concluir que los pacientes diagnosticados con la EP presentan más dificultades para defecar que para orinar, en su día a día. Finalmente, se pudo observar un cambio en cuanto a la capacidad para vestirse por si solos, en un inicio tres afirmaban que no podían hacerlo y uno decía que algunas veces era capaz. Luego de los tres meses de terapia, dos refieren que si pueden hacerlo, y otros tres afirman que si lo pueden hacer aunque presentan aún un poco de dificultad.

Se debe tomar en cuenta la movilidad en pacientes diagnosticados con la EP con lo cual se busca conocer las distintas capacidades y limitaciones que los pacientes puedan presentar al momento de moverse. Principalmente se sabe que

tres de los cinco pacientes utilizan soporte ya sea todo el día o una gran parte de ella. Inicialmente entre los cuatro pacientes existe un promedio de 8 km en los que pueden caminar sin ayuda de un soporte, siendo MS el que menos distancia recorre (5 metros) y PR el que más lo hace (10 a 15 km). Al finalizar la terapia, el promedio entre los cinco disminuyó un poco ya que es igual a 5 km de distancia, siendo MS el que menos distancia recorre a comparación de LP y PR, quienes recorren la distancia más larga; cabe mencionar que ambos son participantes activos en carreras y competencias. Finalmente, cuatro de los cinco pacientes coinciden en que su rapidez ha disminuido significativamente desde que fueron diagnosticados con dicha enfermedad.

Y por último, se debe incluir la alimentación dentro de los elementos de estudio, ya que la alimentación consiste en ingerir los alimentos; es el resultado de acciones voluntarias y conscientes (Prat, 2015). En este apartado, no se pudo apreciar ningún cambio, es decir, lo que los pacientes refirieron al inicio, es lo mismo que comparten al finalizar la terapia. Ninguno de los pacientes ha tenido que regirse por una dieta específica por la EP; sin embargo, mencionaron algunos de los alimentos que repercuten en los síntomas como la proteína y el café. Cuatro de cinco, no necesita ayuda para comer, siendo EH la única que refiere que necesita ayuda de sus cuidadoras cuando debe ingerir alimentos. Tres de los cinco pacientes, afirman poder cocinar, el resto confirmaron que no podían hacerlo.

Finalmente, con base a toda la información recabada durante los tres meses de terapia, se puede concluir que la variable sobre mejorar la autonomía de los pacientes no resultó significativa; lo cual se puede concluir al observar los pocos cambios que existieron en lo que respecta a los últimos tres indicadores que comprendían a dicha variable; higiene, movilidad y alimentación. Por otra parte, existen cambios que se pudieron observar y documentar en cuanto a la variable de ansiedad, lo cual también se confirma al ver los resultados de los primeros tres

indicadores en donde existieron cambios positivos hacia lo subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual.

VI. Conclusiones

- Para que la terapia tenga resultados, es necesario que el paciente se comprometa a escuchar la melodía, por lo menos, una vez al día durante un período de tres meses.
- Se puede concluir que la melodía tiene efectos relajantes sobre los pacientes que padecen de la EP, lo cual trae como beneficio, que el mismo tenga la capacidad de descansar.
- No existen evidencias suficientes para afirmar que la melodía que se utiliza para llevar a cabo una técnica receptiva de la musicoterapia dentro de esta investigación, tenga algún beneficio sobre el estado cognitivo de los pacientes, memoria, resolución de problemas o preocupaciones.
- La melodía funciona como una terapia complementaria al medicamento y tratamiento en el que ya se encuentra el paciente. De acuerdo a lo observado durante este periodo, ninguno de los pacientes dejó de tomar lo que ya tenían prescrito.
- Luego de los tres meses de terapia, se pudo observar que existe mejoría en los pacientes en cuanto a la disminución de los dolores de cabeza, malestar estomacal, disminución de mareos y estabilización del ritmo cardíaco; todos síntomas físicos.
- No se observaron cambios significativos en lo que respecta a lo motor-conductual de los pacientes; sin embargo, algunos de ellos afirmaron que escuchar la melodía mientras realizaban alguna otra actividad les favorecía a la concentración y mejor manejo de los movimientos corporales.

- Con relación a la autonomía de los pacientes, los mismos no se sienten cómodos cuando un cuidador o terceros deben apoyarlos/ayudarlos a realizar ciertas acciones, sin embargo, es inevitable.
- Los aspectos de higiene, no cambian mucho con respecto a lo esperado normalmente en una persona. Sin embargo, algunos necesitan ayuda para poder vestirse, así como supervisión al momento de ducharse.
- En comparación de la cantidad de veces que orinan y la cantidad de veces que defecan, es más frecuente la primera. Cabe mencionar, que el estreñimiento es característico de las personas que padecen de la EP.
- La movilidad es algo que se encuentra directamente afectado por la EP, y aunque el cambio en los resultados no es tan evidente al utilizar la melodía; algunos de los pacientes afirmaron haber visto algunos cambios mientras escuchaban la misma.
- En relación a la alimentación, ninguno de los pacientes ha tenido que modificar la misma a partir del diagnóstico, sin embargo, algunos de los alimentos que pueden repercutir en los síntomas son la proteína y el café.
- Los efectos de la melodía son más evidentes cuando se escucha la misma por medio de audífonos, sin embargo, también se puede escuchar por medio de una grabadora o algún otro dispositivo.
- La terapia se ve influida por el interés y credibilidad en la melodía; cabe mencionar que la paciencia y compromiso son características necesarias en el paciente para poder obtener los mejores resultados.

VII. Recomendaciones

A los pacientes diagnosticados con la Enfermedad de Parkinson se les recomienda:

- Continuar escuchando la melodía como un complemento al medicamento y cualquier otra terapia que esté realizando.
- Se ha visto que es bastante favorable escuchar la melodía durante los momentos de crisis, por lo que se recomienda escuchar la misma en los momentos que se sienta mal y no tanto donde se encuentre estable.
- No sentirse avergonzados de los temblores que puedan presentar en público, es algo que no se puede controlar y aunque las personas puedan mirar fijamente, no significa que sea algo malo.

A los cuidadores de las personas diagnosticadas con la EP, se sugiere:

- Tener mucha paciencia con las personas diagnosticadas con la EP, ya que no depende de ellos, puesto que es una enfermedad neurodegenerativa.
- Tener presente que conforme vaya avanzando la enfermedad, los síntomas se irán agravando; por el momento, la enfermedad no tiene cura, simplemente se pueden controlar los síntomas.
- Tratar de brindarle a la persona su independencia en tanto sea posible, para evitar que pueda sentirse inútil o frustrado.

A los Psicólogos Clínicos en general, especialmente a quienes utilicen la musicoterapia, se recomienda:

- Que la terapia tenga continuidad; brindar un constante seguimiento para que el paciente pueda interesarse.
- De acuerdo a algunos de los comentarios de los pacientes, puede valer la pena hacer modificaciones a las melodías, de forma que las mismas puedan traer sentimientos y emociones familiares.
- Mantener una relación cercana con los cuidadores ya que los mismos son los que observarán cambios más rápidamente.
- De ser posible, puede ser beneficioso tener contacto con el neurólogo a cargo del caso del paciente para darle un seguimiento integral.

A otros investigadores se sugiere:

- Realizar una investigación que se centre en los efectos, pensamientos y sentimientos que puedan tener los familiares, en especial cuidadores, de las personas que padecen de la EP.
- Llevar a cabo esta misma investigación tras definir una etapa específica de la EP en los sujetos. O bien, definir un rango menor de edad.
- Llevar a cabo esta misma investigación con otro tipo de sujetos, como por ejemplo: personas diagnosticadas con Alzheimer.

VIII. Referencias

- Alonso, L. (2013). *Reconocimiento de expresiones faciales y funcionamiento ejecutivo de pacientes con enfermedad de Parkinson*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid: España.
- Alva, P. (2012). *Enfermedad de Parkinson: Incidencia*. Recuperado el 6 de marzo de 2017, de Onmeda: <http://www.onmeda.es/enfermedades/parkinson-definicion-incidencia-1472-3.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, EEUU: Editorial Médica Panamericana.
- Benenson, R. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica*. España: Grupo Planeta Spain.
- Berrocal, J. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Barcelona, España: Editorial OUC.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa (2ª ed.)*. Madrid, España: Ed. La Muralla S.A.
- Bleger, J. (1968). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia Métodos y Prácticas*. México D.F.: Editorial Pax.

Cubinillo, E. (2012). *Desarrollo de la percepción auditiva musical y la asimilación psicológica de las cualidades del sonido. Una breve revisión teórica.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Jaen, España.

Datko, A. (2017). *¿Por qué es tan importante la higiene personal?* Recuperado de: https://muyfitness.com/importante-higiene-personal-tip_25008/

De Paz, J. (2016) *Musicoterapia y Agresividad: (Estudio realizado con jóvenes de la iglesia Católica de la aldea Subchal, Municipio de San Miguel Ixtahuacan departamento de San Marcos).* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

De la Casa, B. (2010). *Guía informativa de la Enfermedad de Parkinson.* España: Parkinson Federación Española

De la Garza, E. (2000). *Subjetividad, Cultura y Estructura.* Argentina: Universidad Autónoma Metropolitana.

GeoSalud. (2013). *Diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson.* Recuperado de <http://www.geosalud.com/neurologia/diagnostico-diferencial-enfermedad-parkinson.html>

Hasson, G. (2014). *Emotional Intelligence: Managing Emotions to Make a Positive Impact on Your Life and Career* [Inteligencia emocional: manejo de emociones para causar un impacto positivo en la vida y en lo profesional]. Reino Unido: John Wiley & Sons.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.) México D.F.: McGraw Hill
- Iglesias, J. (2013). *Musicoterapia en un caso de síndrome de Rett*. (Tesis de postgrado). Universidad de Chile: Chile.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Diccionario de cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=467862>
- Jiménez, G. (2012). *Teorías del Desarrollo III*. México: Red Tercer Milenio.
- Le Vay, D. (2004). *Anatomía y Fisiología Humana*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Ley de Promoción de Autonomía Provisional y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo 39-2006, artículo 2 (2006).
- Organización de Naciones Unidas. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, España: Organización de Naciones Unidas.
- Macías, Y. & Cano, A. (2008). *Ansiedad, ira tristeza-depresión en la enfermedad de Parkinson*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Marrón, L., Gibraltar, A. & De la Luz, M. (2011). *La música y la señalización auditiva como adyuvantes en la rehabilitación de la enfermedad de Parkinson*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.

Martínez, B. (11 de abril de 2014). Movimientos incontrolables. *Prensa Libre*.

Recuperado de <http://www.prensalibre.com/vida/Movimientos-incontrolables-0-1118288223>

Medtronic Ibérica, S.A. (2010). *Opciones de tratamiento para la Enfermedad de Parkinson*. Recuperado de <http://www.medtronic.es/su-salud/enfermedad-parkinson/tratamiento/index.htm>

Melnick, S. (2013). *Success Under Stress: Powerful Tools for Staying Calm, Confident, and Productive When the Pressure's On* [Éxito debajo del estrés: herramientas poderosas para mantener la calma, la confianza, y la productividad de la presión]. Nueva York, Estados Unidos: AMACOM.

NeuroAlianza. (2016). *Las Enfermedades Neurodegenerativas*. Recuperado de <http://neuroalianza.org/las-enfermedades-neurodegenerativas/que-son/>

NeuronUp. (2017). *Enfermedades neurodegenerativas*. Recuperado de <https://www.neuronup.com/es/neurorrehabilitacion/disease>

Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México D.F., México: McGraw Hill.

Pérez, C. (2014). *Efectos de la Musicoterapia en las habilidades sociales, el habla y las destrezas de motricidad gruesa de un adolescente con parálisis cerebral, estudio de caso*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala

- Prat, A. (2015). *¿Sabes cuál es la diferencia entre alimentación y nutrición?*
Recuperado de <https://www.vegetablesandbeans.com/general/sabes-cual-es-la-diferencia-entre-alimentacion-y-nutricion/>
- Psicopsi. (2016). *Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)*.
Recuperado de <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
- Radford, L. (2004). *Semiótica Cultura y Cognición*. México: Universidad Autónoma de Chiapas.
- Recinos, C. (2016). *El programa Music Time y el desarrollo de las habilidades sociales en un grupo de niños de 7 a 9 años, en una institución educativa privada de la ciudad de Guatemala*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Rojas, E. (2013). *La Ansiedad*. España: Grupo Planeta.
- Romero, D. (2007). *Actividades de la vida diaria*. Murcia, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Saravia, E. (2011). *Dispositivo láser para mejorar la movilidad de personas con enfermedad de Parkinson al caminar, reduciendo los síntomas de congelamiento, bradicinesia y festinación*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Satinosky, S. (2006). *Musicoterapia clínica*. Buenos Aires: Editorial Galerna.

- Sieckmann, J. (2008). El Concepto de Autonomía. *Law and Legal Cultures in the 21st Century: Diversity and Unity, Plenary Lectures of the XXIII IVR-World Congress of Philosophy of Law and Social Philosophy*, Cracow: Oficina (Kluwers), 2007, pp. 149-170
- Simning, A., Conwell, Y., Mohile, S. & van Wijngaarden, E. (2013). *The Moderating Effect of Age on the 12-Month Prevalence of Anxiety and Depressive Disorders in Adults with a Lifetime History of Cancer* [El efecto moderador de la edad en 12 meses de prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en adultos con una historial de cáncer]. *Am. J. Geriatr. Psiquiatría* 22, 1399-1409.
- Sotillo, R. (2013). *La Ansiedad*. Málaga, España: Editorial Curnio.
- Tay, C. (2001). *Enfermedad de Parkinson de la Técnica de Iniciación Rítmica y Ejercicios en Miembros Inferiores*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Taylor, S. & Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Terapia Parkinson. (2017). *Tratamientos Farmacológicos*. Recuperado de <http://terapiaparkinson.com/tipos-de-medicamento/>
- Thérapi. (2011). *Técnicas en Musicoterapia*. Recuperado de <http://www.therapi.eu/tecnicas-en-musicoterapia/>

Velayos, J. & Diéguez, G. (2015). *Anatomía y fisiología del sistema nervioso central*. Madrid, España: CEU Ediciones.

Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. España: Editorial Aresta SC.

IX. Anexos

ANEXO A - Procedimiento

Datos Generales:

Autora: Daniella Feterman Arroyo

Lugar: Domicilio de cada uno de los sujetos

Fecha: Se lleva a cabo durante agosto, septiembre y octubre

Año: 2017

Descripción: Este programa de terapia con música se trabaja todos los días durante tres meses por alrededor de 15 minutos, cabe mencionar que la investigadora tendrá una sesión dos veces al mes para monitorear los posibles cambios que pueda tener el paciente. En él se pretende que las personas que padecen de la Enfermedad de Parkinson, por medio de la música, logren disminuir los niveles de ansiedad y aumentar la autonomía. Para esta propuesta, se partió del planteamiento de Gaston (como se citó por Palacios, 2001), quién defendía el empleo de la música para “provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan” (p.20). También se tomó en cuenta a Alvin (como se citó por Palacios, 2001), quien define el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

Se trabajará por medio de terapia receptiva que es la técnica en la que el paciente no es autor de la música y el uso sirve un propósito mayoritariamente interno. Por lo tanto, consiste en escuchar por lo menos una vez al día la canción que brindará el terapeuta al paciente.

- **Objetivo:** Utilizar la música como un elemento terapéutico para disminuir la ansiedad y mejorar la autonomía en el paciente por medio de sonidos y tonos específicos.

- **Materiales y Recursos:** se necesita un reproductor, audífonos y la canción.
- **Descripción del lugar:** puesto a que se trata de un estudio de caso, se estará realizando la terapia en casa de los sujetos, para que ellos puedan escuchar la canción conforme se les vaya indicando. Se debe buscar un espacio en el que se pueda caminar, sentarse, ir al baño y en ocasiones comer.

ANEXO B – BASE PARA ENTREVISTA

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Preguntas
Ansiedad	La ansiedad en esta investigación se entiende como la relación a respuestas psicológicas y físicas de los pacientes con Parkinson, la cual se medirá con base a la Escala de Ansiedad de Hamilton.	Subjetivo Cognitivo	<p>-¿Qué día es hoy?</p> <p>-¿Cómo describiría su estado cognitivo (inteligencia o pensamiento)?</p> <p>-¿Ha tenido dificultad en la resolución de problemas?</p> <p>-¿Ha tenido dificultad para recordar acontecimientos o eventos?</p> <p>-¿En qué es lo que más piensa durante el día?</p> <p>¿Le preocupa algo?</p> <p>-¿Considera que tiene problemas para dormir?</p> <p>¿Cree que durante este tiempo logra descansar?</p>
		Fisiológico-somático	<p>-¿Toma algún medicamento? ¿cuál?</p> <p>-¿Ha tenido dolores de cabeza? ¿A qué cree que se deban?</p> <p>-¿Se ha sentido cansado últimamente y regularmente?</p> <p>-¿Ha tenido algún dolor causado por el estómago? ¿Ha cambiado su alimentación?</p> <p>-¿Considera que su ritmo cardiaco se ha mantenido estable?</p> <p>-¿Se mareará con</p>

			frecuencia?
		Motor-conductual	-¿Se le dificulta movilizarse dentro de casa? -¿Se le dificulta movilizarse fuera de casa? -¿Cómo puede describir sus movimientos? -¿Se siente cómodo realizando tareas por si solo? ¿se siente cómodo cuando alguien lo ayuda?

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Preguntas
Autonomía	La autonomía, se supone como la capacidad de hacer algo por si solo o sin necesidad de la ayuda de un tercero es los pacientes con Parkinson. Se evaluará con base al Índice para evaluar las actividades Básicas de la Vida Diaria por Katz, con base a seis ítems: baño, vestido, uso del inodoro, movilidad, continencia y alimentación.	Higiene	-¿Con qué frecuencia se ducha? -¿Cuántas veces al día, en promedio, orina? -¿Cuántas veces al día, en promedio, defeca? -¿Puede cambiarse con facilidad? ¿Hay alguien que lo ayude?
		Movilidad	-¿Debe caminar/moverse utilizando algún soporte? -¿Cuál diría que es la distancia más larga que usted puede caminar sin algún tipo de soporte? -¿Cree que su rapidez al caminar ha disminuido? ¿Desde

			hace cuánto?
		Alimentación	-¿Tiene alguna dieta que deba seguir derivado a la EP? -¿Existen alimentos que repercuten en los síntomas? -¿Necesita ayuda cuando quiere comer? -¿Puede cocinar?

Otros	Preguntas
Preguntas de historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre -¿Cuántos años tiene? -¿Qué escolaridad tiene? - <i>encuesta inicial</i> ¿Tiene pareja? ¿Está casado? - <i>encuesta inicial</i> ¿Tiene hijos? ¿Nietos? - <i>encuesta inicial</i> ¿Cómo le ha afectado a su vida cotidiana la Enfermedad de Parkinson? - <i>encuesta inicial</i> ¿Toma medicamento? ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? ¿En que dosis? ¿Desde cuándo lo ha tomado? - <i>encuesta inicial</i> ¿Alguna vez ha probado algún tipo de terapia alterna? - <i>encuesta inicial</i> ¿Cómo ha afectado a su familia el diagnóstico? - <i>encuesta inicial</i> ¿Cómo se ha sentido durante los el último año? - <i>encuesta final</i> ¿Cómo se ha sentido durante los últimos tres meses? - <i>encuesta final</i> ¿ha notado alguna diferencia desde que comenzó a escuchar la canción? - <i>encuesta final</i> ¿las personas que lo rodean han notado algún cambio?

Referencias:

Palacios, J. (2001). *El concepto de musicoterapia a través de la historia*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 42, pp. 19-31.

ANEXO C – INSTRUMENTOS

Entrevista A

Mi nombre es Daniella Feterman Arroyo, estoy haciendo un trabajo de la Universidad Rafael Landívar sobre la enfermedad de Parkinson en relación a la ansiedad y la autonomía de la persona diagnosticada con dicha enfermedad. Necesito su ayuda respondiendo las siguientes preguntas. Sus respuestas serán grabadas y quedarán plasmadas en la misma. Desde ya le agradezco su ayuda y quiero que sepa que su nombre no se le dará a otras personas.

I. Datos generales

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Lugar de residencia: _____

II. Preguntas

1) ¿Tiene pareja? _____

2) ¿Tiene hijos? ¿Nietos? _____

3) ¿Cómo le ha afectado a su vida cotidiana la Enfermedad de Parkinson? _____

4) ¿Toma medicamento? ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? ¿En que dosis? ¿Desde cuándo lo ha tomado? _____

5) ¿Alguna vez ha probado algún tipo de terapia alterna? ¿Cuál?

6) ¿Cómo ha afectado a su familia el diagnóstico? _____

7) ¿Cómo se ha sentido durante los el último año? _____

8) ¿Qué día es hoy? _____

9) ¿Cómo describiría su estado cognitivo (inteligencia o pensamiento)?

10) ¿Ha tenido dificultad en la resolución de problemas? _____

11) ¿Ha tenido dificultad para recordar acontecimientos o eventos? _____

12) ¿En qué es lo que más piensa durante el día? ¿Le preocupa algo?

13) ¿Considera que tiene problemas para dormir? ¿Cree que durante este tiempo logra descansar? _____

14) ¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? _____

15) ¿Ha tenido dolores de cabeza? ¿A qué cree que se deban? _____

16) ¿Se ha sentido cansado últimamente y regularmente? _____

17) ¿Ha tenido algún dolor causado por el estómago? ¿Ha cambiado su alimentación? _____

18) ¿Considera que su ritmo cardiaco se ha mantenido estable? _____

19) ¿Se mareo con frecuencia? _____

20) ¿Se le dificulta movilizarse dentro de casa? _____

21) ¿Se le dificulta movilizarse fuera de casa? _____

22) ¿Cómo puede describir sus movimientos? _____

23) ¿Se siente cómodo realizando tareas por si solo? ¿Se siente cómodo cuando alguien lo ayuda? _____

24) ¿Con qué frecuencia se ducha? _____

25) ¿Cuántas veces al día, en promedio, orina? _____

26) ¿Cuántas veces al día, en promedio, defeca? _____

27) ¿Puede cambiarse con facilidad? ¿Hay alguien que lo ayude? _____

28) ¿Debe caminar/moverse utilizando algún soporte? _____

29) ¿Cuál diría que es la distancia más larga que usted puede caminar sin algún tipo de soporte? _____

30) ¿Cree que su rapidez al caminar ha disminuido? ¿Desde hace cuánto? _____

31) ¿Tiene alguna dieta que deba seguir derivado a la EP? _____

32) ¿Existen alimentos que repercuten en los síntomas? _____

33) ¿Necesita ayuda cuando quiere comer? _____

34) ¿Puede cocinar? _____

Mi nombre es Daniella Feterman Arroyo, como se ha mencionado anteriormente, estoy haciendo un trabajo de la Universidad Rafael Landívar sobre la enfermedad de Parkinson en relación a la ansiedad y la autonomía de la persona diagnosticada con dicha enfermedad. Necesito su ayuda respondiendo las siguientes preguntas. Sus respuestas serán grabadas y quedarán plasmadas en la misma. Desde ya le agradezco su ayuda y quiero que sepa que su nombre no se le dará a otras personas.

I. Datos generales

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Lugar de residencia: _____

II. Preguntas

1) ¿Qué día es hoy? _____

2) ¿Cómo se ha sentido durante los últimos tres meses? _____

3) ¿Ha notado alguna diferencia desde que comenzó a escuchar la canción? _____

4) ¿Las personas que lo rodean han notado algún cambio? _____

5) ¿Cómo describiría su estado cognitivo (inteligencia o pensamiento)?

6) ¿Ha tenido dificultad en la resolución de problemas? _____

7) ¿Ha tenido dificultad para recordar acontecimientos o eventos? _____

8) ¿En qué es lo que más piensa durante el día? ¿Le preocupa algo?

9) ¿Considera que tiene problemas para dormir? ¿Cree que durante este tiempo logra descansar? _____

10) ¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? _____

11) ¿Ha tenido dolores de cabeza? ¿A qué cree que se deban? _____

12) ¿Se ha sentido cansado últimamente y regularmente? _____

13) ¿Ha tenido algún dolor causado por el estómago? ¿Ha cambiado su alimentación? _____

14) ¿Considera que su ritmo cardiaco se ha mantenido estable? _____

15) ¿Se mareará con frecuencia? _____

16) ¿Se le dificulta movilizarse dentro de casa? _____

17) ¿Se le dificulta movilizarse fuera de casa? _____

18) ¿Cómo puede describir sus movimientos? _____

19) ¿Se siente cómodo realizando tareas por si solo? ¿Se siente cómodo cuando alguien lo ayuda? _____

20) ¿Con qué frecuencia se ducha? _____

21) ¿Cuántas veces al día, en promedio, orina? _____

22) ¿Cuántas veces al día, en promedio, defeca? _____

23) ¿Puede cambiarse con facilidad? ¿Hay alguien que lo ayude? _____

24) ¿Debe caminar/moverse utilizando algún soporte? _____

25) ¿Cuál diría que es la distancia más larga que usted puede caminar sin algún tipo de soporte? _____

26) ¿Cree que su rapidez al caminar ha disminuido? ¿Desde hace cuánto? _____

27) ¿Tiene alguna dieta que deba seguir derivado a la EP? _____

28) ¿Existen alimentos que repercuten en los síntomas? _____

29) ¿Necesita ayuda cuando quiere comer? _____

30) ¿Puede cocinar? _____

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente: _____

Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____

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.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	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	

4 Insomnio	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
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	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 tinnitus, 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 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	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 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	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.	

Índice para Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria por Katz		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____
1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		