UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Ciclo de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

"*EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, HEMODIALIZADOS EN SAN JUAN EN EL 2019*"

AUTORAS:

CACERES JOHANA

COSTA MARIA EUGENIA

MONTAÑO BARBOZA VERÓNICA

MENDOZA DICIEMBRE 2019

RESUMEN

Para comenzar entenderemos el concepto de calidad de vida impuesto por la Organización Mundial de la Salud, haciendo referencia que esta es la percepción que un individuo tiene de su lugar en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Las personas son insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialitico tienden a tener una baja percepción subjetiva, por ello la mira central de este estudio estará puesta en la representación de la influencia de la musicoterapia en la calidad de vida de estas personas. El objetivo general es medir el efecto de la musicoterapia sobre la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica. El un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo(longitudinal) con diseños de panel.

En la medición de variables nos basamos en una escala nominal y las preguntas de la encuesta de WHOQOL-BREF propuesta por la OMS fueron categorizadas numéricamente.

La musicoterapia dio resultados positivos reflejados en análisis de laboratorios y percepción de calidad de vida evaluadas en una segunda encuesta.

Los resultados de este estudio sugieren que la musicoterapia produce un cambio favorable en el estado de ánimo y por lo tanto en la calidad de vida.

“El presente estudio de Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada escuela o el autor o los autores”.

Presidente: … … … … … … … …

Vocal 1: … … … … … … … … … … …

Vocal 2: … … … … … … … … … … …

Trabajo Aprobado el: … … /… … /… …

Agradecimientos

A lo lago de nuestras vidas se nos presentan personas especiales que nos ayudan a superar objetivos, metas y desafíos. Por ello en primera instancia deseamos agradecer a nuestro tutor por habernos guiado en este camino, Prof. Marcos Giai y por medio de él a todo el equipo de docentes que conforman el Ciclo de Licenciatura. A los directivos de CIMAC por habernos prestado su ayuda incondicional abriendo las puertas de la institución permitiéndonos utilizar las instalaciones e investigar sin poner resistencia alguna. A las personas que se dializan, que tan generosamente nos ayudaron con su participación voluntaria y desinteresada. Y un especial gracias a nuestras familias, por su comprensión, apoyo y tiempo ya que sin ellos esta meta cumplida no sería realidad.

A DIOS por habernos regalado esta vocación hermosa y lograr unir tres sueños, tres metas, tres vidas en un mismo fin en común. Por regalarnos la música pilar esencial de este trabajo. A todos muchas gracias.

Prefacio

Desde el principio de los tiempos existió la música como referente para la unión de personas, ritos, estados de ánimos, festejos y como elemento esencial para la curación. Hoy en día volvemos sobre los pasos marcados por nuestros antepasados.

Mirando con asombro lo que ellos ya descubrieron y que nos toca redescubrir con ahínco y voluntad desde otro ámbito y desde otras condiciones.

En esta obra podrán descubrir con hechos fehacientes que la música sigue siendo uno de los mejores legados de la humanidad. Aquí encontrarán datos cuantitativos y cualitativos que dan testimonio que la influencia de la música es real y llega a generar bienestar físico, psíquico, mental y en especial emocional en las personas, en tiempos tan huracanados que vivimos y sin mirar quien se encuentra a mi lado. Es un bálsamo entender que solo siendo solidario y generando bienestar mediante una alternativa como lo es la musicoterapia que no solo te acompaña en cada momento de la vida, sino que además te ayuda físicamente promoviendo la sanación desde los hilos más profundos de nuestro ser. Combinado con una profesión tan noble como la enfermería que acompaña en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte se forma una simbiosis esencial para la humanidad.

Esperamos que sea de su agrado y puedan ser parte y no un mero observador.

Las autoras.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN 10
CAPÍTULO I 12
PLANTEO DEL PROBLEMA 13
OBJETIVOS DEL ESTUDIO 15
Objetivo General 15
Objetivos Específicos 15
MARCO TEÓRICO 16
Reseña histórica 17
Calidad de vida 28
Musicoterapia 34
Enfermería 41
CAPÍTULO II 44
Diseño Metodológico 45
CAPÍTULO III 47
RESULTADOS 48
Variaciones demográficas de la población estudiada 49
Variaciones en Calidad de Vida percibida 54
Variación en parámetros de laboratorio en la musicoterapia 72
Comparación de resultados de laboratorio entre dos grupos (Musicoterapia versus Sin Musicoterapia) 80
DISCUCIÓN 87
CONCLUCIÓN 90
BIBLIOGRAFÍA 91
ANEXOS 92

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 1. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDADES. 50
GRÁFICO 2. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDADES 51
GRÁFICO 3. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL 52
Gráfico 4. Caracterización de pacientes según nivel académico 53
Gráfico 5- Ítem 1: ¿Cómo clasificaría su calidad de vida? 55
Gráfico 6 Ítem 2: ¿Cómo de satisfecho está con su salud? 56
Gráfico 7 Ítem 3: ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? 57
Gráfico 8- Ítem 4: ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 57
Gráfico 9- Ítem 5: ¿Cuánto disfruta de la vida? 58
Gráfico 10- Ítem 6: ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? 59
Gráfico 11- Ítem 7: ¿Cuál es su capacidad de concentración? 59
Gráfico 12 Ítem 8: ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? 60
Gráfico 13 Ítem 9: ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor? 61
Gráfico 14- Ítem10: ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? 61
Gráfico 15- Ítem11: ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? 62
Gráfico 16- Ítem12: ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? 63
Gráfico 17- Ítem13: ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? 63
Gráfico 18- Ítem 14: ¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades de ocio? 64
Gráfico 19- Ítem 15: ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? 65
Gráfico 20- Ítem 16: ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño? 65
Gráfico 21- Ítem 17: ¿Cómo se satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 66
Gráfico 22- Ítem 18: ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? .. 66
Gráfico 23- Ítem 19: ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo? 67
Gráfico 24- Ítem 20: ¿Cómo esta de satisfecho/a con sus relaciones personales? 67
Gráfico 25- Ítem 21: ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual? 68
Gráfico 26- Ítem 22: ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigas/os? 68
Gráfico 27- Ítem 23: ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? 69
Gráfico 28- Ítem 24: ¿Cómo esta de satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 70

Gráfico 29- Ítem 25: ¿Cómo está de satisfecho/a con los servicios de transporte de su zona? 70
Gráfico 30- Ítem 26: ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión? 71
Gráfico 31- Hematocrito 73
Gráfico 32-Hemoglobina 74
Gráfico 33- Creatinina 74
Gráfico 34-Urea pre diálisis 75
Gráfico 35- Uremia Pos-Diálisis 75
Gráfico 36- GPT 76
Gráfico 37- Calcio 77
Gráfico 38- Fósforo 77
Gráfico 39- Sodio 78
Gráfico 40- Potasio 78
Gráfico 41- Cloro 79
Gráfico 42-Validación de Hematocrito 81
Gráfico 43- Validación de Hemoglobina 81
Gráfico 44- Validación de Creatinina 82
Gráfico 45- Validación de Urea Pos-Diálisis 82
Gráfico 46- Validación de Urea Pre Diálisis 83
Gráfico 47- Validación de Calcio 83
Gráfico 48- Validación de Fósforo 84
Gráfico 49- Validación de Sodio 84
Gráfico 50- Validación de GPT 85
Gráfico 51- Validación de Potasio 85
Gráfico 52- Validación de Cloro 86

INTRODUCCIÓN

“La música es el único camino hacia lo trascendente”

Mozart

La mira central de este análisis estará puesta en la representación del impacto de la musicoterapia en la calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica hemodializadas, será necesario plantear algunos parámetros que sirvan de ejes conceptuales sobre los que apoyar la lectura interpretativa del marco. Para empezar, entenderemos el concepto de calidad de vida impuesto por la OMS haciendo referencia que esta, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

Desde principio de la humanidad se ha utilizado la música para inspirar, alabar, festejar; en esta oportunidad se reutilizó como medio de inspiración para lograr mejorar la calidad de vida percibida por personas que padecen insuficiencia renal crónica (IRC) como resultado de hipertensión, diabetes y entre otros. A diferencia de otras especialidades médicas la hemodiálisis se encuentra dentro de las especialidades recientemente descubiertas.

Debido a ello es que nos inspiró investigar la relación de la música como terapia complementaria sobre los estilos de vida de personas con IRC. La gran motivación surge de brindar una alternativa subjetiva, placentera sin terapias invasivas que ayuden a estas personas a recuperar su flujo normal de vida. Que puedan disfrutar cada instante libre del pensamiento. Intentar cambiar la percepción que poseen sobre sus necesidades muchas veces satisfechas materialmente pero sumamente insatisfechas en lo espiritual y subjetivo.

Es por nuestro quehacer diario como trabajadores de la salud, como enfermeros que nos interesamos por el aspecto que está más allá de la patología diagnosticada, está más allá de los tratamientos y el saber del comportamiento de la biología del ser humano. Está en considerar a una persona no solamente como un individuo bio-psico-social; es considerarlo como en un momento lo visualizó Marta Talavera cuando logró definir el concepto de salud “Al concepto de salud se deben incorporar, al menos tres aspectos un objetivo (capacidad de realizar una función), otro subjetivo (en términos de bienestar) y otro ecológico (comprendiendo como adaptación biológica, mental y social del propio individuo al medio que lo rodea)”.

En definitiva, es solo una adaptación, mejorar la calidad de vida mediante la musicoterapia en pacientes hemodializados, lo cual desarrollaremos a lo largo de esta investigación

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

Desde el 2004 comienza la gran epopeya de los estilos de vida saludables, desde ese momento se han tenido grandes cambios en políticas, se ha intentado cambiar los comportamientos con respecto a la alimentación, sedentarismo y no menos importante la salud emocional. Es en esta área en donde se enmarca esta investigación.

Gracias a enfermería como profesión, se obtuvo la oportunidad de observar en el servicio de diálisis, clínica CIMAC, ubicado en la provincia de San Juan, la dinámica y el sentir de cada persona con esta enfermedad crónica.

Al tener contacto con individuos que padecen enfermedad renal crónica y hemodializados tres veces por semana; se detectó la falta de adherencia y aceptación al tratamiento indicado como así también el cambio de hábitos de vida. Llevando al tratamiento dialítico a la ineficacia e ineficiencia.

Identificando personas desde los 18 años hasta los 82 años, con diferentes objetivos, religión, y principalmente diferentes realidades es que nos planteamos si podríamos instalar una característica común que los una y acompañe en el proceso de afrontamiento de la enfermedad como es la música.

Paralelamente comenzamos a indagar sobre las terapias tradicionales o complementarias y dentro de la inmensa diversidad, pusimos principal atención en la musicoterapia.

Teniendo la certeza de que mejorando el aspecto anímico, emocional y perceptivo de las personas con insuficiencia renal crónica podemos en consecuencia influir directamente en el mejoramiento de su salud física, social y emocional.

Por ello es que nos preguntamos

¿Cuál es el efecto de la musicoterapia en la calidad de vida de personas con insuficiencia renal crónica, hemodializados en San Juan en el 2019?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

- Medir el efecto de la musicoterapia sobre la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica, hemodializados.

Objetivos Específicos

- Determinar el estado de calidad de vida percibido por los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Validar la repercusión de la música mediante la escucha pasiva diaria de una lista seleccionada, en los pacientes hemodializados.
- Comparar los análisis clínicos de laboratorio de control rutinario en hemodiálisis, previo y pos tratamiento de musicoterapia.
- Realizar una comparación mediante los análisis clínicos de las personas tratados con musicoterapia y sin ella.

MARCO TEORICO

RESEÑA HISTÓRICA

Hemodiálisis en el mundo

La Nefrología es una especialidad moderna, que ha tenido un desarrollo muy reciente. Muchas de las referencias históricas que podemos encontrar son referidas al campo de acción que en el momento actual tiene la Urología.

Hasta 1950, la mayor parte de la historia se refiere a la fisiología renal, a la histología y a la radiografía renal. Después de 1950, se produce un incremento progresivo de avances científicos y tecnológicos que consiguen la prolongación de la vida de muchos enfermos renales y que constituyen ya el contenido real de la historia de la Nefrología.

Es preciso recordar que, en la segunda mitad del siglo XVII, tres italianos –Marcello Malpighi (1628-1694), Lorenzo Bellini (1643-1704) y Giovanni Baptista Morgagni (1681-1771) -aportaron el conocimiento histológico fundamental para comprender el funcionamiento renal. De esta manera, entró en la historia el término glomerulus. Sin embargo, poco a poco, y con el concurso lento y creciente de un buen número de investigadores, se fueron produciendo diversos avances, hasta que, a finales del siglo XVIII, se habían descrito ya los tres síndromes principales de la enfermedad renal: el síndrome nefrótico (Theodore Zwinger en Basilea, 1722), la nefritis aguda y la enfermedad renal crónica, que entrarían juntas en la historia de la mano de Richard Bright.

Los inicios de la diálisis: La hemodiálisis

La hemodiálisis

El mecanismo de la diálisis fue descrito en 1861 por Thomas Graham, un profesor de química en el University College de Londres, quien demostró el paso de solutos a través de una membrana semipermeable obedeciendo a gradientes de concentración. Graham propuso el nombre de diálisis a este proceso fisicoquímico. El primero en aplicar este efecto a la extracción de solutos de la sangre fue John Jacob Abel (1857-1938), profesor de Farmacología en la Escuela de Medicina Johns

Hopkins, y sus colegas Leonard Rowntree y Bernard Turner. Ellos construyeron lo que denominaron “aparato de vividifusión”, en el que, utilizando tubos huecos de colodión como membrana de diálisis, fueron capaces de extraer de la sangre de animales de experimentación sustancias tóxicas previamente administradas (salicilato y fenolsulfoftaleína).

Con ocasión de un viaje de John Abel a Londres, un desconocido periodista del Times sería el primero en acuñar el término de “riñón artificial” para denominar a este artefacto.

No fue hasta 1924 cuando, tras numerosos experimentos en animales, el alemán George Haas realizó en la Universidad de Giessen (Alemania) la que sería la primera hemodiálisis humana en un paciente urémico, aunque sin éxito.

El verdadero inventor del riñón artificial se considera que fue el médico holandés Willem Johan Kolff, en las poblaciones (1940) de Groningen y Kampen (Holanda), quien, utilizando un largo tubo de celofán enrollado en un cilindro de aluminio, “el tambor rotatorio”, que giraba en el interior de un recipiente lleno de líquido de diálisis, realizó varios intentos premonitorios y logró salvar la vida de una paciente con insuficiencia renal aguda. Esto sucedía en la Europa asolada por la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), lo que impidió el conocimiento mutuo entre este pionero y los investigadores Nils Alwall en Suecia y Gordon Murray en Toronto que, con diseños similares, llegaron a realizar sesiones de hemodiálisis con éxito muy poco después.

A partir de este momento, y durante las décadas de los años 40 y 50 se perfeccionaron estos sistemas que permitían separar la sangre de un líquido para la diálisis, los dializadores; en 1960 Wayne Quinton y Beldin Scribner, de Seattle, introdujeron el shunt arteriovenoso, y en 1964, James Cimino, Michael Brescia y Keith Appel la fístula arteriovenosa, que abrieron una nueva fase en la hemodiálisis clínica, ya que proporcionaba el acceso para la hemodiálisis repetida a largo plazo, abriendo la puerta a la terapia de sustitución de la función renal. En las últimas cuatro décadas se produjeron importantes avances en la técnica de la hemodiálisis: mejoras en la biocompatibilidad de las membranas de diálisis y del diseño de los

dializadores, el control volumétrico de la ultrafiltración, la sustitución del acetato por el bicarbonato como tampón, mejoría y sofisticación de sistemas que permitieron el estudio de aclaramientos online, la diálisis isotérmica, el control de la conductividad adaptada a cada paciente, membranas de alto flujo y alta permeabilidad, y modalidades convectivas como la hemofiltración y la hemodiafiltración.

DESARROLLO DE LA TÉCNICA

Periodo de 1950 a 1960:

El primer tratamiento sustitutivo se realizó en Toronto en 1947. Diálisis se caracterizaba por ser técnicas casi artesanales. El principal de los problemas en estas primeras diálisis era el acceso vascular, que consistía en la canalización con cánula de vidrio de una arteria y una vena que después de cada diálisis eran desechadas. Se intentó unir la cánula arterial a la venosa a través de un tubo de goma para mantener el acceso entre sesión y sesión, pero en la mayoría de las ocasiones se coagulaban o infectaban. Esto condicionó que los pacientes candidatos a diálisis, fueran aquellos con insuficiencia renal aguda (IRA) exclusivamente.

Los primeros monitores comercializados y usados en este periodo fueron los llamados monitores de recirculación de cuba. Consistían básicamente en una cuba de 100 litros aproximadamente para el baño de diálisis, una bomba de recirculación y un calentador. La preparación del baño se hacía de forma manual, mezclando agua con el concentrado de electrolitos y comprobando la concentración con un conductivímetro; el tampón utilizado en el baño de diálisis era el bicarbonato. En el centro de la cuba se conectaba el dializador de bobina (diseñados por el Dr. Kolff en 1955). En este tipo de filtro, la membrana de celofán en forma de bolsa se enrollaba sobre sí misma en un soporte rígido, encerrándose todo el conjunto en una estructura que se sumergía en el baño de diálisis; haciendo pasar el baño a través de ella mediante la bomba de recirculación y retornando nuevamente el baño a la cuba. El calentador mantenía constante la temperatura del baño. Los dializadores se reutilizaban conservándolos en heladera llenos de sangre del propio paciente (heparinizados) hasta la siguiente diálisis. Para prevenir el crecimiento bacteriano durante la sesión propiamente dicha, mantenían la temperatura del dializado entre 0 y 5º, agregando hielo al baño; y la sangre se recalentaba a 40º C antes de su devolución. La eficacia de la diálisis se reducía un 30% como consecuencia del enfriamiento de la sangre, pero la dialisancia de la urea se mantenía hasta la sexta reutilización. (Isabel Guerras LLamas)

Las duraciones de las sesiones eran muy largas (entre 15 y 20 horas), pero el número de sesiones no superaba las tres o cuatro por los problemas antes descritos.

Periodo de 1960 a 1970

En 1960 Scribner presenta un dispositivo bypass consistente en una cánula externa compuesta por un tubo de silicona en “U” con extremos de teflón que se inserta en la arteria radial y vena cefálica de los pacientes con IRT. En 1961 Shaldon describió otro método de acceso vascular que consistía en la canalización de los vasos femorales con un catéter a través de un guía flexometálica, técnica aún vigente en nuestros días.

En 1966, otro sensacional avance arrasó en este campo y tornó obsoletos los shunt externos de la noche a la mañana: la punción de una fístula subcutánea creada de forma previa; fue planteada por los médicos Michael Brescia y James Cimino. La idea nació cuando ambos intentaron una diálisis veno-venosa utilizando un manguito oclusivo para insertar una aguja de amplio diámetro. Como no todos los pacientes contaban con venas de calibre suficiente para brindar un flujo adecuado, tuvieron la idea de ampliar las venas por medio de una anastomosis quirúrgica con una arteria. Había nacido un pilar básico en la hemodiálisis: la fístula de Cimino-Brescia.

En cuanto a la técnica en sí, los cambios que marcaron esta década son varios. En 1960 Kiil diseña el dializador de placas que consistía en un conjunto de membranas en forma de placas planas agrupadas de dos en dos. Todo el sistema se encuentra encerrado en una estructura rígida e indeformable. Era también reutilizable y debía desmontarse después de cada sesión, desechando las membranas usadas y colocando otras nuevas; por lo tanto, la reutilización de los dializadores continuó en esta década. Se sustituye la membrana de celofán por otro material, el cuprofán. Otro cambio fue sustituir el baño de bicarbonato por acetato (Mion 1964). Para evitar la precipitación de calcio en el baño, los monitores en aquella época no permitían el

uso del bicarbonato de forma segura y generalizada. La duración de cada sesión era de 12 a 18 horas cinco veces en semana.

Periodo de 1970 a 1980

Es en los años 70 cuando se comienzan a comercializar y usar los monitores de segunda generación, se les denomino riñón artificial de doble bobina y recirculación. Consistía en introducir el dializador en un pequeño tanque de 5lts, que se comunicaba con uno grande de 120 lts que continuamente enviaba líquido a la tanqueta pequeña regenerándolo.

Al final de esta década se comercializan los monitores de tercera generación o monitores de paso único con presión negativa (tipo Centry, Rodhial). En estos la producción del baño es constante y se desecha tras su paso por el dializador. También se podía programar presión negativa en el circuito de diálisis para poder ultra filtrar al paciente.

Los dializadores en esta década más utilizados siguen siendo los de placas, si bien en 1974, la empresa ENKA inicio la fabricación rutinaria de las membranas de fibra hueca de cuprofán y los primeros estudios clínicos realizados con ellas se remontan a 1977; habían nacido los dializadores capilares.

Respecto a los accesos vasculares se avanzó en la técnica quirúrgica para fistula arterio venosa (FAV) y en la búsqueda de soluciones a los problemas que iban apareciendo con el uso de ellas. Así en 1974 se desarrollan los accesos vasculares no nativos o prótesis bobinas, y un año después las prótesis de goretex.

La cuestión de la dosis de diálisis diaria que al día de hoy sigue suscitando discusión, ya se plantea, cuando en 1971 Babb enuncia la teoría del metro cuadrado/hora. Según ésta, la duración de las diálisis puede reducirse a condición de que se incremente la eficacia de la depuración con el uso de membranas de mayor permeabilidad y con una superficie de intercambio mayor.

Considerándose en 1975 como estándar de diálisis suficiente, sesiones de 12 a 18 horas tres veces en semana.

A finales de los años 70 se había extendido tanto la técnica del reuso de dializadores que se disponía de máquinas automáticas para reprocesar los filtros. Así mismo comienzan a publicarse sus consecuencias y se describe la aparición de los anticuerpos asociados al uso del formol.

Periodo de 1980 a 1990

Es un periodo de avance tecnológico donde la hemodiálisis evoluciona influenciada por la investigación genética, los avances informáticos y farmacéuticos.

En 1983, Fresenius comienza la fabricación de fibras huecas de polisulfona para la diálisis de alto flujo e inicio de forma paralela el desarrollo de monitores de diálisis con control de ultra filtración o monitores de cuarta generación donde se programa la ultra filtración y el monitor hace el resto.

Simultáneamente la empresa Gambro emprende la fabricación de membranas capilares de poliamida. Estas membranas demuestran rápidamente ser más biocompatibles adaptándose a la hemodiálisis de alto flujo ya que permiten a la membrana someterse a fuerzas conectivas elevadas. La decadencia de las membranas de celulosa y de los dializadores de placas, era ya una realidad.

En este mismo año en el terreno de los accesos vasculares y ante la necesidad de seguir encontrando acceso, cuando los nativos o las prótesis son inviables, aparecen los catéteres permanentes tunelizados con manguito de dacron.

La dosis de diálisis, continúa siendo un caballo de batalla para los nefrólogo. El uso de filtros de mayor superficie y permeabilidad, hace que la técnica sea mucho más eficaz. Esto unido a la a demanda de tratamiento, hace que se comience a cuestionar la reducción del tiempo de cada sesión.

En 1981 se enunciaron las fórmulas matemáticas que medirán la calidad de diálisis, el Kt/V. Desde nuestro punto de vista, este parámetro permitió a los nefrólogos reducir el tiempo de diálisis en función de unos resultados matemáticos, sin tener en muchas ocasiones en cuenta la observación clínica, no siempre la formula acompaña la necesidad del paciente. En este periodo fueron diálisis cortas de 3 a 4 horas/sesión tres veces por semana.

La práctica del reuso de dializadores sigue vigente, aunque comienza a estudiarse el impacto de la reutilización en la mortalidad a largo plazo. La primera descripción de tal efecto fue publicada en 1987, más tarde se demostraría que la mortalidad estaba más ligada al germicida utilizado para el reuso (formaldehído) que al hecho de la utilización en sí. Uno de los grandes avances en el tratamiento de la IR fue el aislamiento y clonación del gen de la eritropoyetina (EPO), para el tratamiento de la anemia asociada a la insuficiencia renal. Se acabaron las trasfusiones sanguíneas de forma habitual y los riesgos que estas conllevan. Las primeras dosis de EPO administradas datan de 1985.

Periodo de 1990 a 2000

Los monitores de diálisis alcanzan su máximo exponente tecnológico, la técnica se informatiza, se programa ultra filtración (UF), conductividad, temperatura, etc., lo que permite individualizar el tratamiento en función de las necesidades del paciente. Estos monitores permiten el uso de forma segura del baño de bicarbonato mejor tolerado que el acetato, que hace que su uso se generalice.

En estos años las distintas técnicas continuas de depuración renal son un hecho, por lo que en 1995 se establecen las bases para definir y clasificar a nivel internacional las diferentes terapias continuas.

EN ARGENTINA

Entre 1952 y 1954, el Dr. Alfonso Ruiz Guiñazú trabajó en la división de Nefrología del Hospital Peter Bent Brighan de la Universidad de Harvard con el Dr. John Putnam Merrill. A su regreso a Buenos Aires, ingresó a la catedra de Clínica Médica de la Facultad de medina de la Universidad de Buenos Aires dirigida por el Dr. Alfredo Lanari. Cuando la tercera catedra se trasladó al Instituto de Investigaciones Médicas, el Dr. Guiñazú fue nombrado Jefe de Nefrología Clínica en abril de 1958. Convencido de la importancia de contar en el país con un aparato de hemodiálisis, intentó importar un aparato modelo Kolff Brighan pero las autoridades aduaneras

impidieron su ingreso. Entonces con la experiencia adquirida en EE.UU y confiando en su memoria además de fotografías tomadas en Boston decidió construir un aparato de hemodiálisis similar, trabajando con un artesano de Monte Grande y utilizando las partes claves (celofán y acoples de teflón). Es así que a mediados de 1955 quedó concluido el primer equipo de hemodiálisis que se instaló primero en el Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento, luego trasladándose a la tercera catedra de clínica Médica en el Instituto de Investigaciones Médicas donde se efectuó la primera diálisis en pacientes agudos del 25 de abril de 1958. (Mazor,2012)

La Hemodiálisis en la provincia de San Juan

La historia de la Diálisis y la Nefrología en San Juan se remonta en sus orígenes al año 1972, cuando un pequeño grupo formado por 3 auxiliares de enfermería recientemente designadas y 2 jóvenes médicos del Hospital Marcial Quiroga, de la ciudad de San Juan, vivía la osadía, y a la vez la odisea, de poner en funcionamiento, por primera vez en la provincia, un "riñón artificial", nombre con el que se designaba por entonces a los equipos de diálisis. La satisfacción de realizar una práctica en aquel entonces avanzadísima a nivel nacional (solamente había diálisis en otras 7 provincias en todo el país), estaba compuesto por Isabel Aquila, Gladys Castro y Rosita Serrano, la primera de las cuales es la supervisora de técnicos y enfermeros en la gran familia actual, y los doctores Carlos Alberto Sastriques, junto a Carlos Pedro Gallo.

A fines de 1977, la seguridad social comenzó a reconocer la prestación de hemodiálisis a los afiliados a las obras sociales, lo que dio lugar al nacimiento de instituciones privadas, que hicieron crecer el conocimiento popular sobre esta terapéutica, costosa por el esfuerzo en cuanto a formación de los recursos humanos y también por la complejidad tecnológica requerida para la prestación.

En 1979, el Dr. Williams Guerra comenzó una empresa parecida en el otro gran hospital de San Juan, el Hospital Dr. Guillermo Rawson, acompañado también por

un pequeño grupo de profesionales y enfermeros. Así se suma a la cruzada el Dr. Miguel H. Rodríguez, principal colaborador en ese momento del Dr. Guerra. En 1979 nace la Clínica del Riñón y Vías Urinarias, donde trabajaron en un principio el mismo grupo del Hospital Marcial Quiroga, y poco después se agrega la Clínica de la Merced, donde encabezaban el staff los doctores W. Guerra y M. Rodríguez. El correr del tiempo, si bien agrega nuevos nombres a la pléyade de nefrólogos radicados en San Juan, también arrastra en su marcha a algunos que ya no nos acompañan; así es que aparecen en el escenario el Dr. Francisco Jorge Benavidez, el Dr. Hugo Ramírez (este último en 1981 comienza a trabajar con el Dr. Guerra en el Hospital Rawson y el primero se agrega al grupo del Hospital Marcial Quiroga) y, poco tiempo después, se suma el Dr. Eduardo E. Pellice, que regresa a la provincia desde Buenos Aires, igual que el Dr. Ramírez. Sigue avanzando el tiempo y los conocimientos, aparecen más nefrólogos para contribuir al tratamiento, sobre todo de la insuficiencia renal crónica terminal, que anteriormente sólo reconocía tratamiento médico, que limitaba el panorama vital de los pacientes de esta patología. Así vemos nacer tres centros privados de diálisis, dirigidos por el Dr. Hugo Ramírez (ADOS), los doctores Carlos Lara y Cayetano Mario Berenguer (CIMAC) y los doctores Domingo Ponce y Arturo Arias (Clínica de la Ciudad), grupo al que pertenecen el Dr. Miguel Rodríguez y el Dr. W. Guerra. Un accidente grave y una enfermedad cruel nos dejan sin los doctores Carlos A. Sastriques y Williams Guerra, quienes estuvieron en los albores de la Nefrología sanjuanina y más recientemente, en el año 2006, nos golpea la muerte del Dr. Eduardo Pellice.

Existen cuatro centros privados de Diálisis: Cenedial S.R.L., con los doctores Jorge Benavides, Beatriz S. de Pellice y Fabio Flores, institución continuadora de Clínica del Riñón y Vías Urinarias en lo que hace a Nefrología y Diálisis; Clínica de la Ciudad, que se ha ampliado en gran escala, llegando a ser un sanatorio de importante complejidad y nivel; CIMAC, integrante de un grupo de prestadores de alta complejidad muy prestigioso, bajo la dirección de los doctores Cayetano Berenguer y Carlos Lara; y Administradora de Salud S.R.L., dirigida por el Dr. Hugo Ramírez. Al margen de esto, existe un Centro de Diálisis del Hospital

Descentralizado Dr. G. Rawson, dependiente del Servicio de Clínica Médica de dicho Hospital. (Gallo,2006)

En el año 1991 se pone en marcha el proyecto de Agrupación Médica Integral, con solo un paciente, una enfermera y tres médicos. Paulatinamente comenzó el crecimiento y con ello la adquisición de tecnología especializada en hemodiálisis, tratamiento de agua y profesionales de la salud especializados. Actualmente consta de 22 puestos para hemodiálisis y uno de aislamiento. Con más de 160 pacientes entre hemodiálisis y peritoneal. También Profesionales Médicos, Lic. Enfermería, Administrativos, Psicóloga, Nutricionista, Asistente Social, Secretaría, Mantenimiento y Maestranza. Es una Institución con misión y visión en cuanto a la calidad de atención.

CALIDAD DE VIDA

El interés por la calidad de vida existió desde el origen de los tiempos. La aparición de su concepto y popularización registra en la década de los 60, aunque hay registros desde 1878, del Dr. John Harvey Kellogg, abriendo Battle Creek Sanitarium comenzando a promover sus reglas para una vida biológica y vendiendo a sus clientes comidas especiales, tratamientos inusuales, máquinas de ejercicios, entre otros. Enfatizando en el hecho de comer granos, nueces, frutas, verduras, yogur y leche de soya. La carne y azúcar estaban prohibidos, Kellogg advirtió sobre los peligros de un estilo de vida sedentario, abogó por el ejercicio regular y vigoroso, además de aire fresco, luz solar, espiritualidad, risa, sueño y gran cantidad de agua. (BERFIELD, 2017)

Ya en los años 90 este concepto estaba ampliado a la agricultura y a la educación poblacional, pero con marcado énfasis, en los servicios sociales y sobre todo en la salud individual y colectiva de la población, en un área determinada, desde entonces en distintos países desarrollados, como Canadá y Estados Unidos de Norte América y en otros como Alemania, Francia, Grecia e Inglaterra, han sido creados varios centros de investigación, que se dedican a estudiar la calidad de vida humana sobre todo en la infancia y la tercera edad.

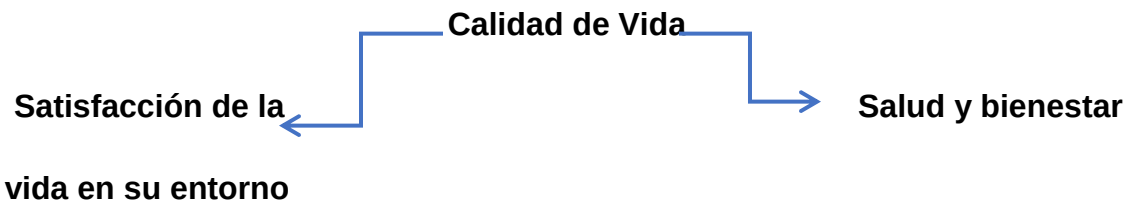
Como se planteó al comienzo, el interés por el estudio de la calidad de vida aumentó considerablemente en los últimos años del siglo XX. Después de haberse satisfecho las necesidades básicas de la población al menos en el primer mundo, era tiempo de mejorar la calidad de vida. En contraste, en el mundo en desarrollo la situación era bastante diferente, y la mayor parte de las personas no habían satisfecho sus necesidades básicas. Por lo tanto, el concepto de calidad de vida debe considerarse dentro de una perspectiva cultural. Es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos. Se hace referencia a una combinación de elementos objetivos y la percepción individual de dichos elementos, interactuando así la calidad de vida objetiva y la calidad de vida percibida. Hay que dejar en claro la diferencia entre

estilo de vida y calidad de vida, ya que la primera sería una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales.

La segunda fluctuaría entre lo objetivo y subjetivo, siendo una propiedad del individuo más que el ambiente en el cual se encuentra. Vamos a hacer mención de una definición integradora realizada por Rubén Aroila (2003) “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las personas. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”.

Las relaciones entre bienestar material y calidad de vida se han investigado ante todo en el contexto de la felicidad. Es claro que el ingreso y la felicidad no se correlacionan directamente, y que esta relación varia con el nivel de ingreso, la satisfacción o insatisfacción de las necesidades básicas y otros factores. Hay comparaciones trans-culturales que buscan estudiar estos factores en distintos contextos y en diferentes países.

Volviendo al concepto calidad de vida definida por la Organización Mundial de Salud podría responder al siguiente esquema:



Varios investigadores dedicados al estudio de la calidad de vida citan 12 indicadores considerados básicos para medir la calidad de vida en una población dada. Estos serían los siguientes:

1. Educación

2. Medio Ambiente

3. Nivel de Ingresos

4. Seguridad Ciudadana

5. Empleo

6. Salud

7. Infraestructura

8. Tiempo Libre

9. Energía

10. Derechos Humanos

11. Seguridad Nacional

12. Vivienda

Aunque en ellos realmente no se establece ningún orden, se considera que la salud, seguido de los derechos humanos, el nivel de ingresos y la seguridad ciudadana, son de los indicadores más importantes.

Cada cultura, cada sociedad con sus diferentes valores y las connotaciones socioculturales, evalúan desde sus puntos de vista su percepción de calidad de vida, variando en cada persona.

Tal vez para muchos tener salud, techo, comida, una familia amorosa y comprensiva, sea su deseo de vida y tal vez para otros el tener mucho dinero y poder, sentirse obedecido o temido, sea su concepción particular de este concepto.

La calidad de vida percibida desde la salud es representada de la siguiente forma:

Satisfacción con los servicios **Bienestar con su salud**

Esta se preocupa por aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por la persona, sobre todo en lo referente a salud física, mental y social y la percepción general de salud, con lo cual concuerdan muchos autores.

Al analizar los factores objetivos y subjetivos de la calidad de vida, se encuentra lo siguiente:

Factores objetivos: Salud, atención médica, capacitación, empleo y condiciones de trabajo, calidad de la vivienda, la seguridad y atención recibida, vestido y recreación; esto determina el nivel de vida individual o de la familia en que se vive. Entrarían a formar parte de los factores sociales: Instrucción, educación, amistades que se posean y las compañías, familiares o no, esto está relacionado con el modo de vida de la persona.

La calidad de vida se medirá de la siguiente manera:

1. Por el grado de satisfacción que se experimenta. (Subjetivo)

2. Nivel de vida (condiciones económicas y estatus social)

3. Estado de salud (percibido por cada cual)

4. Objetivos individuales (acorde con los valores de cada cual)

El bienestar subjetivo es definido por muchos otros autores como la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, concentrando el énfasis en la experiencia agradable de cada cual.

Entonces la calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Anteriormente se hace mención a la salud objetivamente percibida, los estudios de calidad de vida ofrecen una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. Y está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas. Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención.

Identificamos tres enfoques principales, que hacen referencia a la calidad de vida relacionada con la salud:

1. Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general.

2. Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social.

3. Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, sugiriendo programas tendientes a mejorar el nivel de salud.

Cada uno de los dominios, físico, mental o social, que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones: la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.

La calidad de vida es un fenómeno que es afectada tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por sus efectos adversos.

MUSICOTERAPIA

El concepto de Musicoterapia existe desde hace años, por eso en este apartado, se hará referencia a diferentes momentos de la historia en los que esta disciplina ha tenido auge. Se comenzará explicando el uso de la música en diferentes momentos históricos: etapas primitivas, egipcios, griegos, romanos, cristianismo, renacimiento y barroco. Para terminar, con el nacimiento de la musicoterapia en Argentina.

Respecto a la etapa primitiva, la música se empleaba en esa época para danzas, funerales, ritos, bodas, nacimientos. También era un recurso para ahuyentar lo malo, como un medio de defensa, y atraer lo bueno. Se puede decir que era una consideración divina de la música. Los egipcios, en cambio, ya empleaban la música en el año 1284 a. C con fines curativos, por ejemplo, para curar enfermedades en los hospitales. Uno de los casos más significativos a los que hacen referencia autores como Palacios (2001) o Poch (1999), es el del médico Alejandrino Herófilo, el cual, regulaba en esa época la pulsión arterial acorde con las diferentes escalas de música. Por su parte, los griegos empleaban la música porque tenía efectos positivos para la educación de la personalidad. También se asociaba la música al poder religioso, no solo terapéutico. Se creía que la divinidad distribuía los males y los bienes por lo tanto, la persona a través del canto se podían poner en contacto con ella, para poder así librarse de las enfermedades. También los romanos la empleaban para curar diferentes patologías como por ejemplo enfermedades mentales o el insomnio. Por otro lado, en el cristianismo también se puede apreciar el uso de la música para curar diferentes patologías. Por ejemplo, en el Libro de Samuel, en el capítulo XVI David toca el arpa a Saúl porque afirmaba que sentía alivio del espíritu malo que le atormentaba su cuerpo cuando escuchaba esas melodías. En cuanto al Renacimiento, Gioseffo Zarlino sigue defendiendo el poder curativo de la música, comparándola con la medicina. A través de diferentes elementos musicales se podía mejorar la salud del enfermo. En el Barroco, en cambio, la música se asociaba a la disciplina capaz de despertar pasiones o afectos

como el amor, el miedo, el odio, la angustia. Esta descripción de la música como recurso curativo en diferentes momentos de la historia no es aún Musicoterapia. No obstante, son importantes en tanto que demuestran un uso de la música como algo más que la simple escucha por disfrute o placer, aspecto que está ineludiblemente en el origen de la Musicoterapia y que nos remite al uso de la música como "remedio o antídoto" a diversos malestares. (Oneca, 2014-2015)

En la historia más reciente de la Musicoterapia, América es uno de los continentes en los que más consolidada está dicha disciplina. Concretamente, EEUU es el país donde más profesionales hay que investigan acerca de este arte. El estado financia incluso programas de rehabilitación a través de la Musicoterapia, aspecto que favorece el hecho de que sea uno de los países más desarrollados en esta disciplina. En 1950 se crea la Asociación Americana de Musicoterapia, dicha asociación pretende el desarrollo progresivo de la música como terapia en la educación especial y en la rehabilitación. En un contexto más cercano, la Musicoterapia es una disciplina con gran relevancia en el panorama educativo y terapéutico. De hecho, se imparten diversas actividades docentes de Musicoterapia en instituciones como, por ejemplo, la Universidad de Valladolid y la Universidad Católica de Valencia, en España.

En el año 1967 es cuando se consolida institucionalmente esta disciplina en Argentina y se oferta la carrera universitaria de Musicoterapia en Buenos Aires, cuyo director fue el profesor Benezon. Se crea la Asociación Argentina de Musicoterapia, de carácter relevante y ejemplar para todos los países. Rolando O. Benezon, que nació en Buenos Aires en el año 1939 es la máxima autoridad mundial en el campo de la Musicoterapia. Creó su propio modelo, llamado "Modelo Benenzon", basado en la improvisación sonoro musical libre el cual ha sido usado con eficacia en pacientes que tienen poca o ninguna capacidad de expresión verbal. Podríamos decir que, hasta aquí, llega el recorrido desde sus comienzos de la Musicoterapia. Es, sobre todo, durante los últimos 40 años cuando esta disciplina ha vivido sus momentos de mayor auge.

Definición de Musicoterapia

Como en otras disciplinas existen muchas definiciones de Musicoterapia, a continuación, aparecen las más significativas. Primero definiciones de musicoterapeutas de diferentes nacionalidades y corrientes y luego dos definiciones de las agrupaciones más importantes de la Musicoterapia a nivel mundial.

Rolando Benenzon (1998) dice que es “esa parte de la medicina que estudia el complejo sonido / ser humano / sonido, utilizando el movimiento, el sonido y la música, para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objetivo de obtener los efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno”.

Alice Berthomieu (1994) nos habla de “una intervención que está centrada sobre el sujeto en su relación con la comunicación”.

Bruscia (1987) “un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales, y las relaciones se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio”, y Poch (1981) de “la aplicación científica del arte de la música y la danza, con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

La Asociación Mundial de Musicoterapia (AMM) la define: “La Musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad”. La Federación Mundial de Musicoterapia en el congreso celebrado en el año 1996 la define: “Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus

elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía y silencio) por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas / sensoriales, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La Musicoterapia tiene como objetivo desarrollar el potencial y/o reparar funciones del individuo para que así pueda alcanzar la integración inter e intrapersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento. Se pueden distinguir dos tipos, acerca de los diferentes métodos de musicoterapia que son:

Musicoterapia receptiva: Se aplica música grabada o en directo adecuada al proceso terapéutico del paciente o grupo. Se utilizan, además, técnicas verbales, corporales y creativas (como la pintura o la escultura) para la intercomunicación entre el paciente y el terapeuta. El método más representativo de la musicoterapia receptiva es el método GIM (Imagen guiada con música). Existen otros métodos donde el sonido y la aplicación de determinadas frecuencias son su fundamento como el método Tomatis.

Musicoterapia activa: Existen muchos métodos en los cuales el paciente toca instrumentos, canta y se mueve. La base de la terapia es la música en directo e improvisada. La música que se crea se puede adaptar al tiempo de cada paciente y a sus necesidades. Es flexible y es una experiencia creativa y estética. Los modelos más significativos son el método Nordoff- Robbins, Modelo Alvin, Modelo Riordon-Bruscia y Modelo Bruscia. En todos estos métodos la improvisación es la base de la terapia y crear música es una poderosa herramienta de comunicación y expresión básica para poder llevar a cabo un proceso terapéutico.

La música se puede oír, ver y sentir; se puede transmitir por medio de sonidos, formas visuales y sensaciones y puede ser verbal y no verbal. La música no siempre

es solo música, a menudo se entremezcla con otras formas de arte. Muchas de estas formas de arte interrelacionadas y experiencias se utilizan en musicoterapia: escribir canciones, contar una historia musical, movimientos con música, dibujar la música, etc. La música engloba todos los sentidos. Aunque típicamente pensamos en la música como en una forma de arte auditiva, también provee una estimulación visual, táctil y cenestésica y nos ofrece oportunidades para responder a través de estos canales sensoriales. Sus aspectos multisensoriales la hacen ideal para el uso terapéutico y reeducativo, especialmente si uno considera cuántas incapacidades se tienen

Psicología de los pacientes Hemodializados

Cuando una persona comienza con el tratamiento de hemodiálisis se enfrenta con sentimientos encontrados difícilmente reconocibles en una primera instancia; estas variables tienen relación íntima con el nuevo estilo de vida que deben afrontar en un mundo totalmente desconocido.

Dentro de las variables clínicas se han observado depresión, ansiedad, desesperanza, soledad, y como toda enfermedad crónica la posibilidad de un desenlace trágico e inevitable como la muerte. Una de las primeras características que presenta es la no aceptación de la enfermedad seguido por depresión e ira generalmente manifestado hacia familiares y personal de salud.

Otro de los aspectos que aparecen durante el transcurso del tiempo es el llamado “suicidio pasivo” este se caracteriza por la no adhesión al tratamiento como son las faltas a la sesión, no cumplir con la dieta prescripta, la intolerancia a las cuatro horas de sesión, a la negación de administración de medicación subcutánea, intramuscular y endovenosa que se convierten en una permanente negociación a la espera de un vencedor.

Con respecto a las relaciones que tienen las sesiones de hemodiálisis se convierten en parte de su vida rutinaria compartiendo con sus pares similares dolencias sentimientos que muchas veces desembocan en diferencias irreparables de opiniones e intolerancia con los otros. Con respecto a la familia la mayoría no posee apoyo de sus familiares cercanos por lo que llegan a experimentar grandes momentos de soledad, depresión y desesperanza. Por la sensación de haber perdido su rol en la familia.

A nivel de la comunidad se deben enfrentar a un mundo con gran falta de información sobre insuficiencia renal crónica lo que deriva en una constante percepción de invalides e incapacidad para realizar las tareas diarias básicas por parte de los demás. Lo que se encuentra muy lejos de la realidad, estas personas

precisan un soporte social para poder validarse por sí mismos, más aun, el grupo etario dentro de la clase trabajadora que en su mayoría son el soporte de la economía familiar. La sociedad de hoy prefiere jubilar o pensionar a esta clase de personas en vez de darles la inclusión laboral que necesitan para sentirse útiles y capaces de realizar actividades que no comprometan su salud y que contribuyan a un mejor bienestar.

Uno de los aspectos importantes que marcan una diferencia a la hora de enfrentar la ansiedad de estos nuevos cambios es la espiritualidad y la creencia en lo divino, que hay algo más allá de los que visualmente percibimos y que les ayuda a concebir la vida como un bien sagrado que debe ser cuidado y atesorado.

En cuanto a los afrontamientos de que deben librar son los focalizados a la solución del problema en este caso es recuperar la salud y acomodarse al nuevo estilo de vida. Deben lograr una expresión emocional abierta, verbal con sus seres queridos y si las condiciones no estuviesen dadas se dará apoyo emocional a nivel profesional. Estas personas cumplen todas y cada una de las etapas de la aceptación de la enfermedad, cuando por fin llegan a la aceptación de la misma, es poco el tiempo el que gozan hasta que vuelven a iniciar el ciclo nuevamente. Es ahí donde enfermería apoyará y guiará para una resolución menos traumática posible valiéndose de la habilidad en reconocer anticipadamente pequeños detalles que sugieran depresión, ansiedad, etc.

ENFERMERIA

Dentro de las enfermedades crónicas existentes, nos enfocaremos en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), esta enfermedad es consecuencia de patologías como la Hipertensión, Diabetes, y en otros casos por herencia genética, Ej. la Poliquistosis, entre otras. La mayoría de los pacientes ingresan en forma aguda, es decir, que presentan descompensación severa, llevándolos a terapias intensivas en donde se detecta la IRC. Debido la urgencia como primera medida, y al no poseer acceso vascular óptimo para diálisis, se procede a la colocación de un catéter transitorio doble luz.

Cuando se logra la compensación del paciente y alta de terapia intensiva, ingresan a la institución, donde se le realiza una entrevista, al paciente y su familia junto al equipo interdisciplinario constituido por nutricionista, psicólogo, asistente social, jefe médico y jefe de enfermería, para evaluar de manera integral la calidad de vida del paciente y su entorno. En este momento no se realiza educación, solo un instructivo de pautas generales sobre el tratamiento, ya que el paciente en esta instancia, posee un nivel cognitivo alterado debido a los altos valores de urea y creatinina, anemia y alteraciones del metabolismo fosfocalcico; razón por lo cual solo se explica el tratamiento en sí. Comienzan dializándose todos los días de manera progresiva día a día hasta completar las 4hs.

El siguiente paso incluye el ingreso a la sala de aislamiento de hemodiálisis, en donde se extraen muestras de laboratorio, marcadores virales y se comienza con el tratamiento sustitutivo.

Se pone en práctica el protocolo institucional. Se administra de manera inicial 8.000 UI de eritropoyetina por semana y una carga de 500mg de hierro, hasta obtener resultados de laboratorio. Dependiendo de si la serología es negativa, ingresa a la sala de hemodiálisis en turnos predeterminados dependiendo de sus actividades particulares

Paralelamente se inicia la planificación de un acceso vascular permanente, ya que el catéter transitorio dura como máximo 30 días, para evitar infecciones asociadas a este.

Mensualmente se realizan extracciones de sangre para valorar calidad del tratamiento. Semestralmente se realizan controles de función hepática, colesterol y serología, también dependiendo de los resultados de anticuerpos de ingreso, se comienza con la planificación de la inmunización (HepB, Prevenal 13, Neuno 23, Doble adulto y Antigripal en época estacional correspondiente).

Con el fin de involucrar a la familia al tratamiento y mantenerla informada de los cambios y requerimientos del paciente se los convoca cada 6 meses a la revista de sala, para conocer el estado de salud de la persona.

En cuanto a las capacidades físicas, el 95% se moviliza por sus propios medios, una vez por semana se les ofrece clases de educación física en sala y mantienen una vida activa, con responsabilidades laborales y familiares. En cuanto a las capacidades cognitivas, estas no se encuentran alteradas debido a que en algunos casos tienen una óptima adhesión al tratamiento.

A medida que transcurre el tiempo se pueden identificar claramente, las etapas del proceso de aceptación de la enfermedad; una de las características puntuales es el alto nivel de ansiedad y depresión que manejan, dentro de este, lo que llamamos suicidio pasivo; término utilizado en psicología para englobar la falta de adhesión al tratamiento, dieta, consumo de volúmenes mayores a lo permitido, falta a las sesiones de diálisis, entre otros.

Este proceso de enfermedad conlleva importantes cambios en el ámbito económico y social, dentro de lo económico, en algunos casos, quedan cesantes en su trabajo, ya que se encuentran imposibilitados para realizar trabajos físicos demandantes, llevándolos a una jubilación temprana y por tanto a una disminución de ingresos económicos mensuales al grupo familiar, generando malestar, tristeza e impotencia.

Debido a estos pensamientos negativos es que inciden con frecuencia en insomnio que generalmente son solucionados farmacológicamente.

Dentro de lo social optan por el aislamiento para evitar dar explicaciones de su enfermedad.

Como un intento a mejorar la percepción de la calidad de vida y la aceptación de la enfermedad es que consideramos que la implementación de las terapias complementarias, y dentro de esta, la musicoterapia es una excelente opción aplicable a esta clase de pacientes.

Desde nuestro lugar como enfermeras asistenciales y al tener en la práctica diaria una continua aplicación de los modelos teóricos. Es que consideramos que el modelo de Virginia Henderson, es el que mejor se aplica, orientado a satisfacer las necesidades. Los pacientes toman el trasplante como una salvación y/o salida, pero durante la espera deben lograr aceptar su enfermedad y seguir su estilo de vida con la mayor calidad posible. Ya que no tenemos incidencia de las tecnologías, leyes y políticas a corto plazo, es que debemos como enfermeros concientizar en el plano afectivo, emocional educando a los pacientes crónicos y de esta manera brindar herramientas para que puedan afrontar los obstáculos y las nuevas modificaciones que presentan en su vida diaria. Por ello es que consideramos como buena opción las terapias alternativas, en particular la musicoterapia la cual no presenta efectos secundarios y puede beneficiar ampliamente la percepción de la calidad de vida de cada uno.

CAPITULO II

Diseño Metodológico

Es un estudio cuantitativo descriptivo de tipo prospectivo (longitudinal) con diseños panel.

En la medición de las variables nos basamos en una escala nominal, las preguntas de la encuesta fueron categorizadas numéricamente para poder realizar el estudio cuantitativo.

Utilizamos el muestreo estratificado. En donde se estudiaron pacientes con musicoterapia y sin ella, tomando de base los datos de laboratorio del mes de Junio y Noviembre.

Método: encuestas de Calidad de Vida: WHOQOL – BREF (OMS)

Se tomó una muestra elegida por disponibilidad de la Unidad de Diálisis del Centro Integral de Medicina de Alta Complejidad (CIMAC) en la Capital de la Provincia de San Juan, compuesta por 32 pacientes con insuficiencia renal crónica de diversas etiologías, en tratamiento hemodialitico sustitutivo. Con un régimen de tratamiento de tres veces por semana.

El instrumento recolector de los datos utilizados estuvo conformado por tres secciones. La primera de ellas recoge los datos de identificación del grupo (edad, sexo, nivel académico y estado civil). La segunda parte corresponde a los datos de calidad de vida percibidos por el grupo (calidad de vida, calidad de sueño, satisfacción sobre sí mismo, el dolor como impedimento de realizar actividades diarias, sentido de la vida, relaciones personales, sentimientos negativos recurrentes y disfrute de la vida). Por último, la tercera parte corresponde a una valoración de los datos bioquímicos de laboratorio extraídos de los controles mensuales y que corresponden al mes de Junio previo al estudio y Noviembre posterior a la investigación

Se eligieron pacientes de los días lunes, miércoles y viernes, del turno mañana 10, del turno tarde 14, del turno vespertino 5 y del turno noche 3. Los criterios de inclusión para este estudio fueron: 1. Sin deterioro cognitivo evidente o grave. 2. Sin problema de ceguera, sordera o mudez. 3. Sujetos alfabetizados. 4. Consentimiento informado de participación en investigación. 5. Estar en tratamiento Hemodialitico con una antigüedad mínima de un año .6. Se entregaron en total 32 encuestas de Calidad de Vida: WHOQOL – BREF propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al total de 32 personas se les entrego material de musicoterapia que consiste en entregar mp3 para los que no posean un dispositivo para reproducir las listas de canciones seleccionadas y a los que si se les descargó dicho material en una carpeta en sus celulares.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Con el fin de organizar los resultados para mejor interpretación del lector, se han dividido en tres secciones, siendo los primeros datos demográficos: edad, sexo, nivel académico y estado civil. Los segundos datos la calidad de vida percibida por las personas con insuficiencia renal crónica como: calidad de vida, calidad de sueños, satisfacción de sí mismo, según dolor como impedimento para realizar actividades, sentido de la vida, relaciones personales, sentimientos negativos y según el disfrute de la vida. Los terceros resultados corresponden a la analítica de laboratorio pre y post tratamiento de Hematocrito, Hemoglobina, Creatinina, Urea, Calcio, Fosforo, GPT, Sodio, Potasio y Cloro. Y por último se mostrará los datos confrontados entre pacientes con tratamiento de musicoterapia y sin ella.

Variaciones demográficas de la población estudiada

Para tener en cuenta las características del grupo que se estudiaría, se decidió separar las características poblacionales de la encuesta de calidad. De esta manera lograr una mejor interpretación de los resultados obtenidos.

1. Caracterización de los pacientes según edad (n: 32)

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD (ELABORACIÓN PROPIA)

Edades	FA
20-39	5
40-59	12
60-79	13
80 y más	2

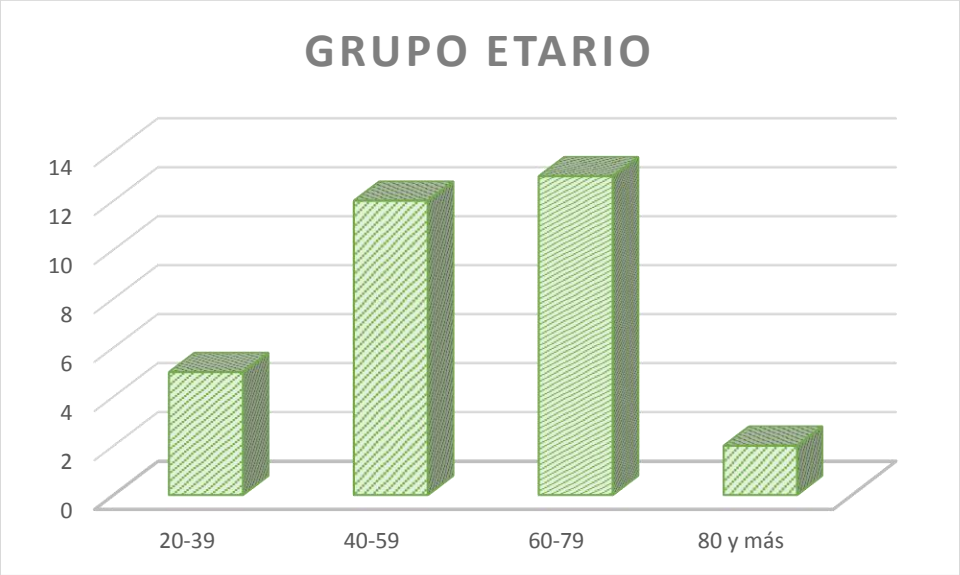


GRÁFICO 1. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDADES (ELABORACIÓN PROPIA). SE OBSERVA PREDOMINACIÓN DE DOS GRUPOS 40-59 Y DE 60-79.

2. Caracterización de los pacientes según sexo (n: 32)

TABLA 2. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO (ELABORACIÓN PROPIA)

SEXO	FA	%
Masc	17	53,1%
Feme	15	46,9%

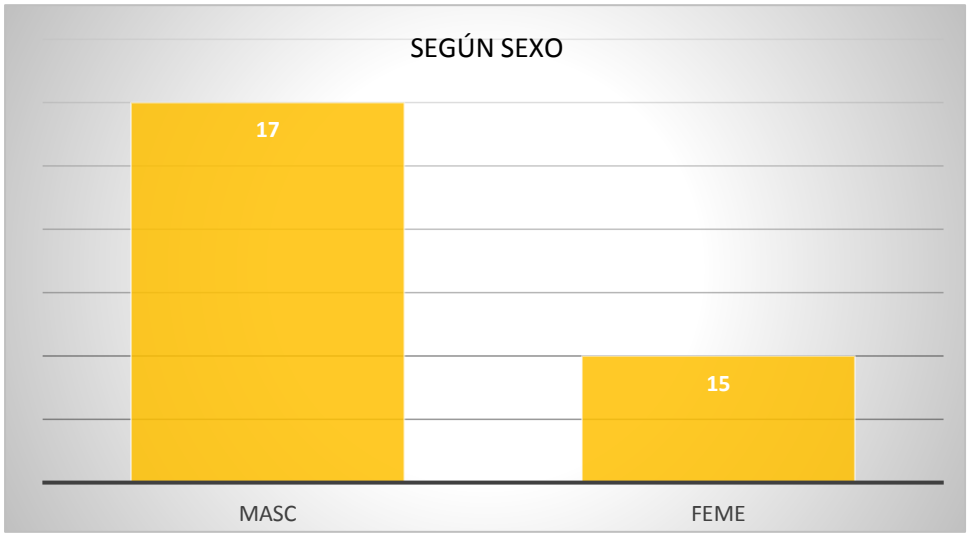


GRÁFICO 2. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDADES (ELABORACIÓN PROPIA)

3. Caracterización de los pacientes según estado civil (n: 32)

TABLA 3.CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO (ELABORACIÓN PROPIA)

EC	FA
Casados	19
Solteros	6
Divorciados	2
Otro	5

GRÁFICO 3. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL (ELABORACIÓN PROPIA)

4. Caracterización de los pacientes según nivel académico (n: 32)

TABLA 4. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL ACADÉMICO (ELABORACIÓN PROPIA)

NA	FA
Ninguno	3
Primario	10
Medio	13
Univesitario	6

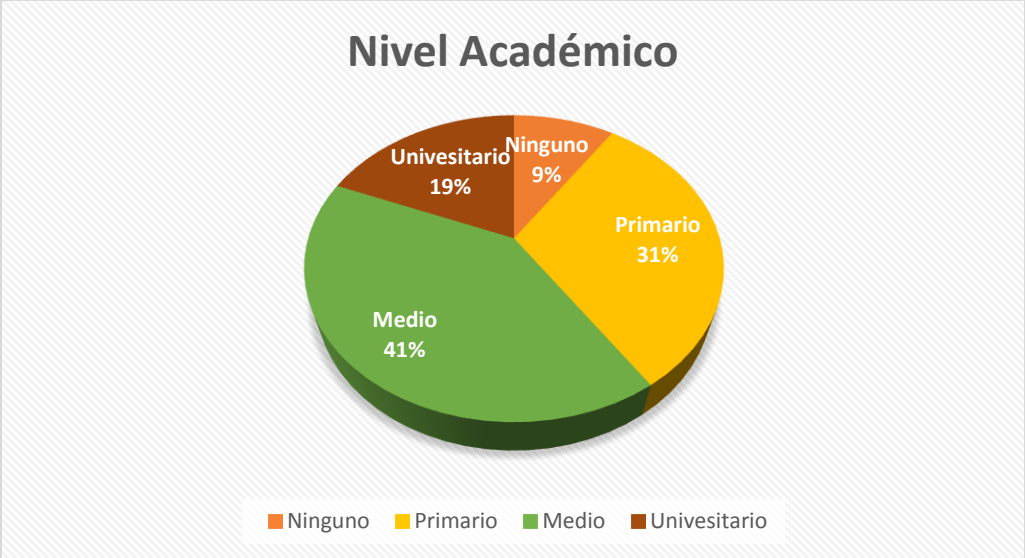


Gráfico 4. Caracterización de pacientes según nivel académico (Elaboración propia)

Variaciones en Calidad de Vida percibida

Para lograr saber con qué base contamos fue esencial realizar una evaluación de la calidad de vida percibida que tenían as personas hemodializadas con lo cual se realizó la medición de la misma en dos etapas; la primera se realizó en junio del 2019 y la segunda evaluación luego del tratamiento de musicoterapia en noviembre del 2019. Mediante la encuesta de calidad de vida propuesta por la OMS.

Análisis estadístico de los efectos de la musicoterapia

Se analizó la existencia de diferencias significativas en de aspectos de la calidad de vida percibida luego del tratamiento con musicoterapia

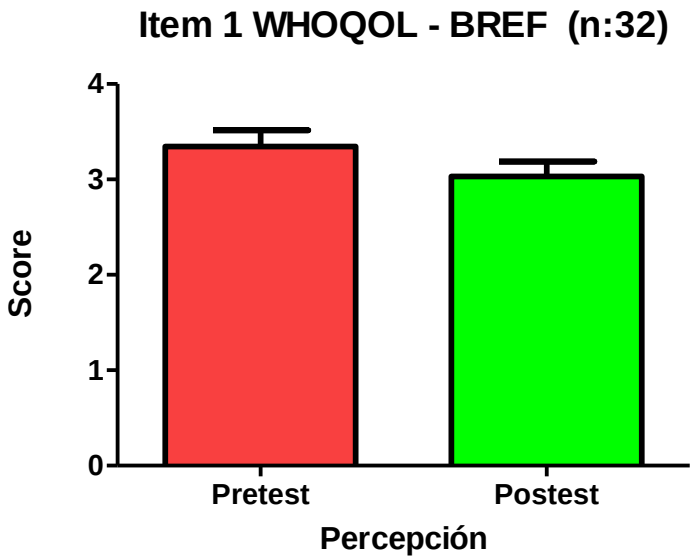


Gráfico 5- Ítem 1: ¿Cómo clasificaría su calidad de vida?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0930)

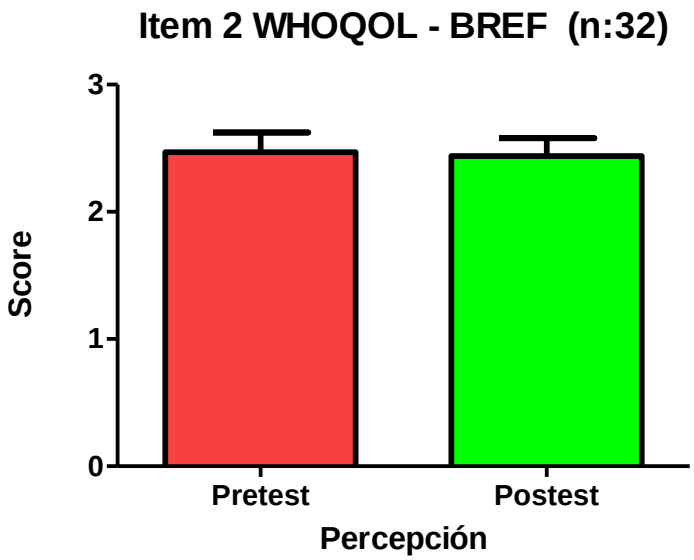


Gráfico 6 Ítem 2: ¿Cómo de satisfecho está con su salud?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,4412)

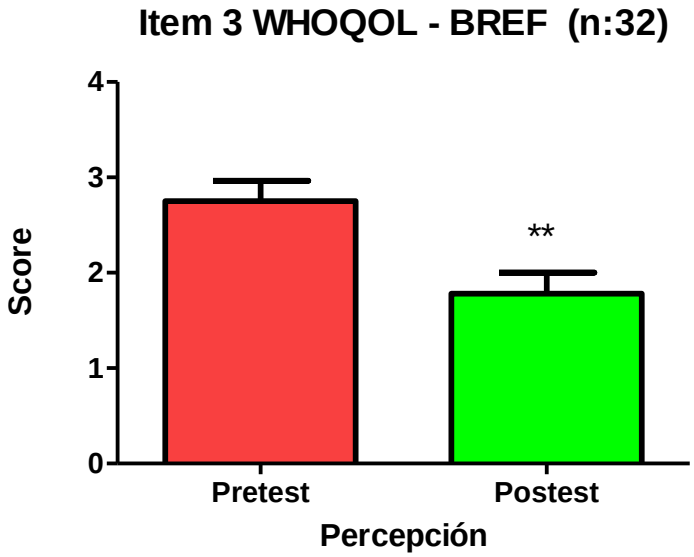


Gráfico 7 Ítem 3: ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0012)

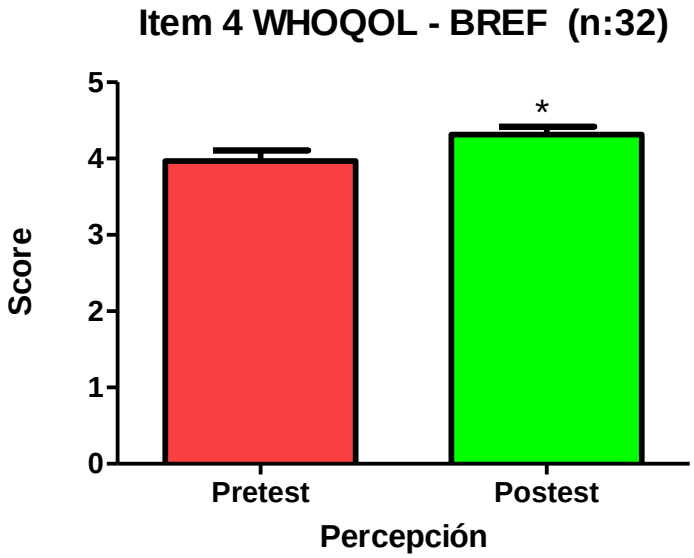


Gráfico 8- Ítem 4: ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0260)

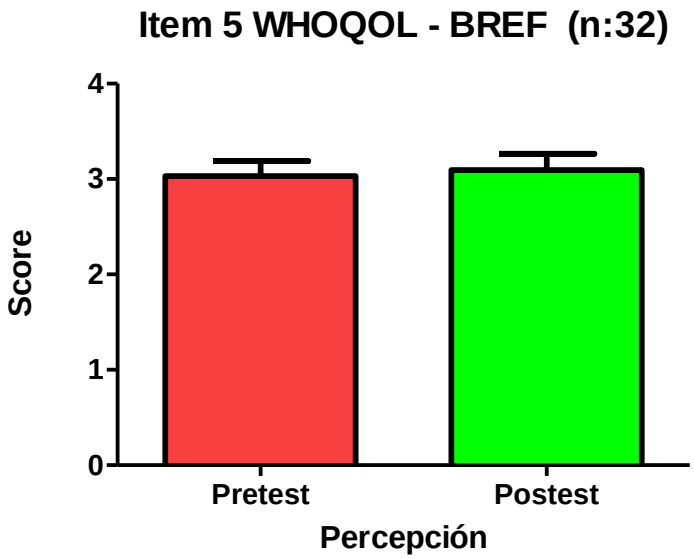


Gráfico 9- Ítem 5: ¿Cuánto disfruta de la vida?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3945)

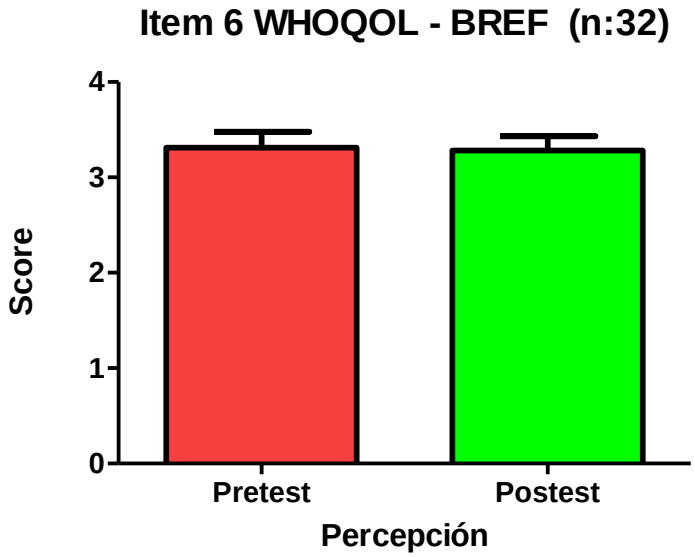


Gráfico 10- Ítem 6: ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,4445)

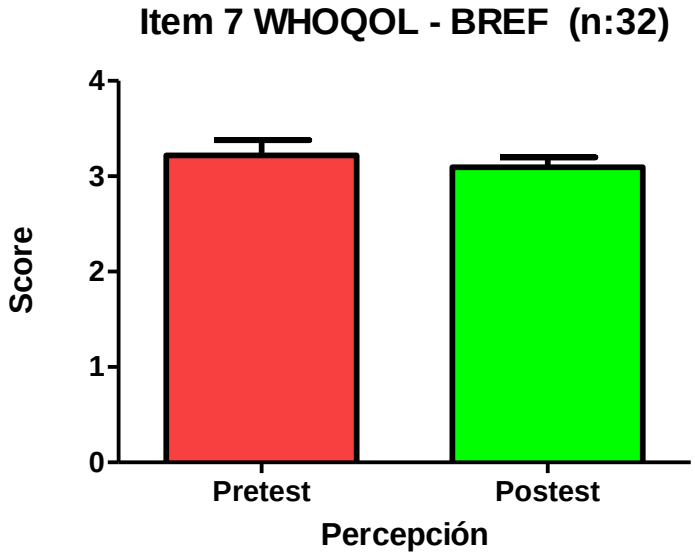


Gráfico 11- Ítem 7: ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,2576)

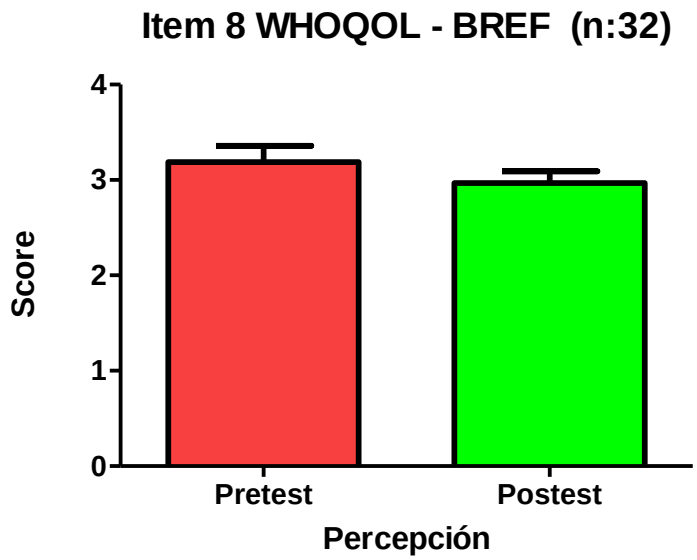


Gráfico 12 Ítem 8: ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,1511)

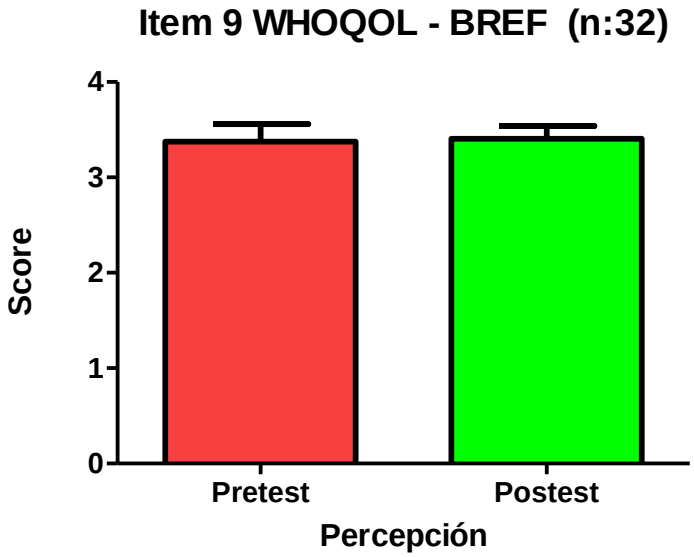


Gráfico 13 Ítem 9: ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,4455)

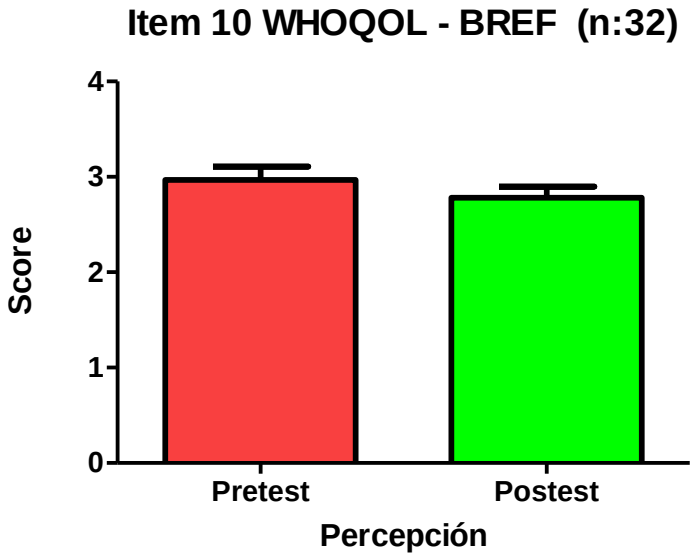


Gráfico 14- Ítem 10: ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,1519)

Ítem 11: ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

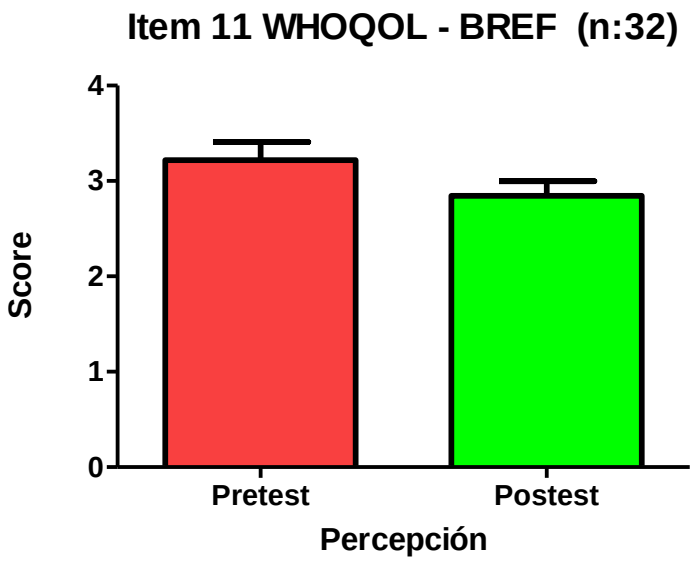


Gráfico 15- Ítem 11: ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0657)

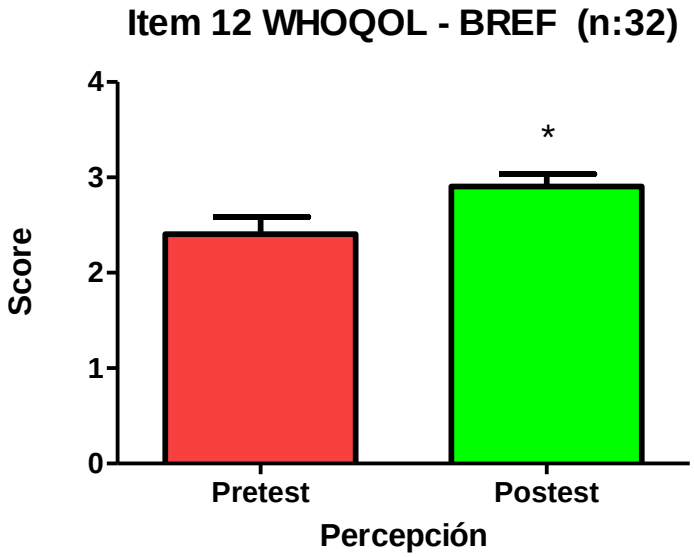


Gráfico 16- Ítem 12: ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0136)

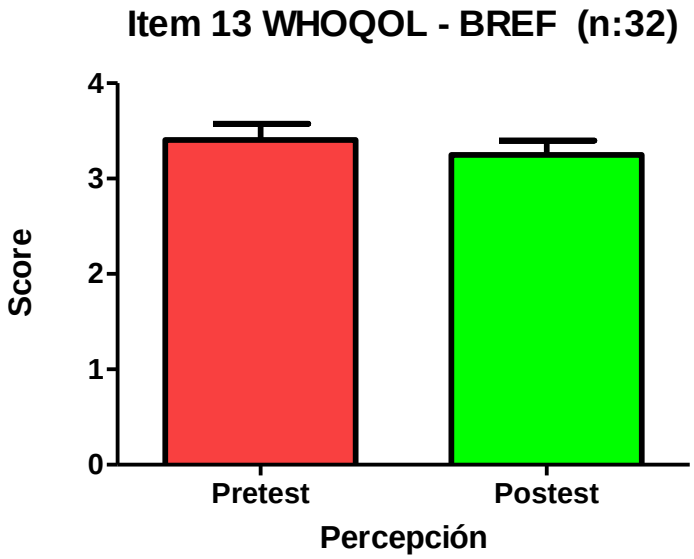


Gráfico 17- Ítem 13: ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,2439)

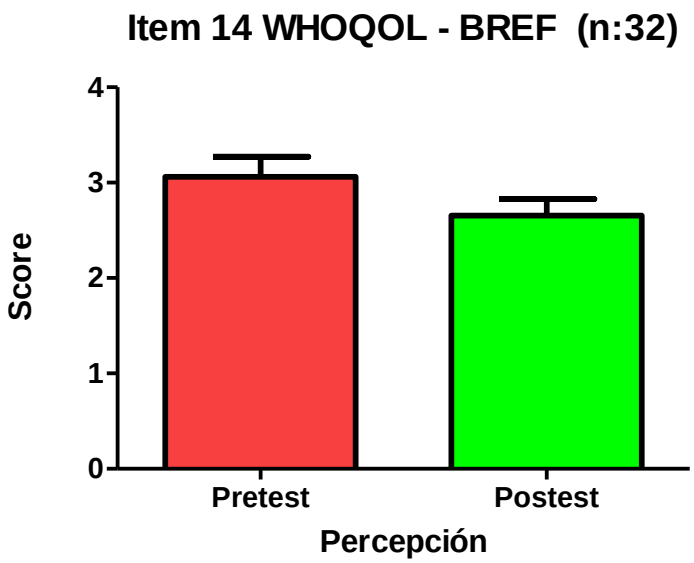


Gráfico 18- Ítem 14: ¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades de ocio?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0698)

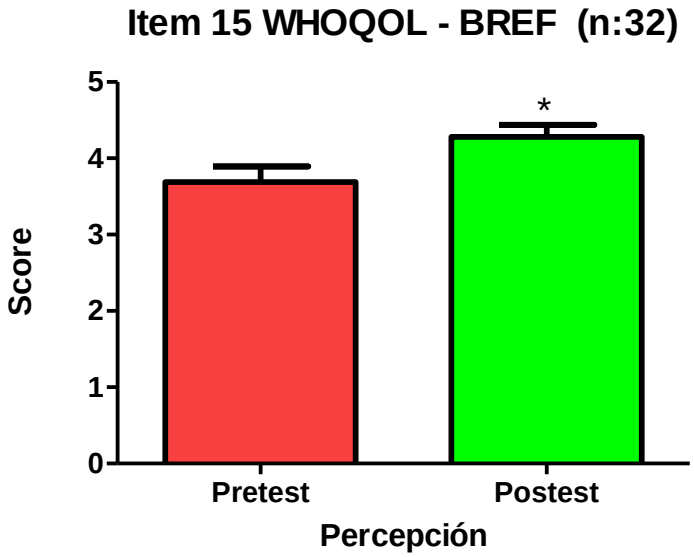


Gráfico 19- Ítem 15: ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0131)

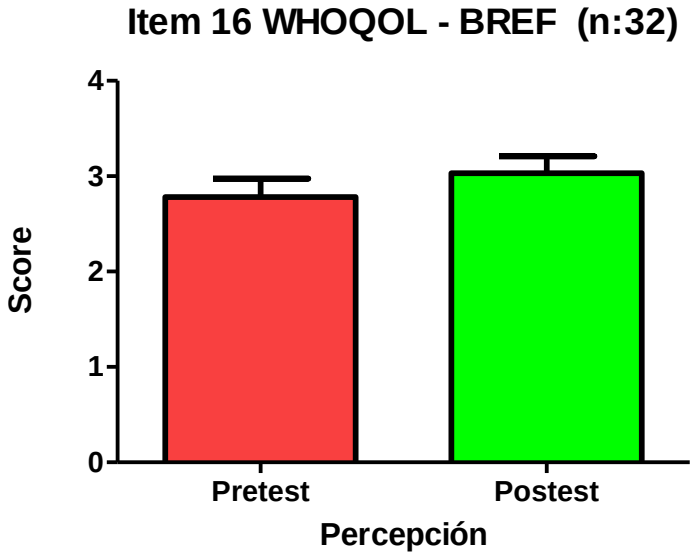


Gráfico 20- Ítem 16: ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,1724)

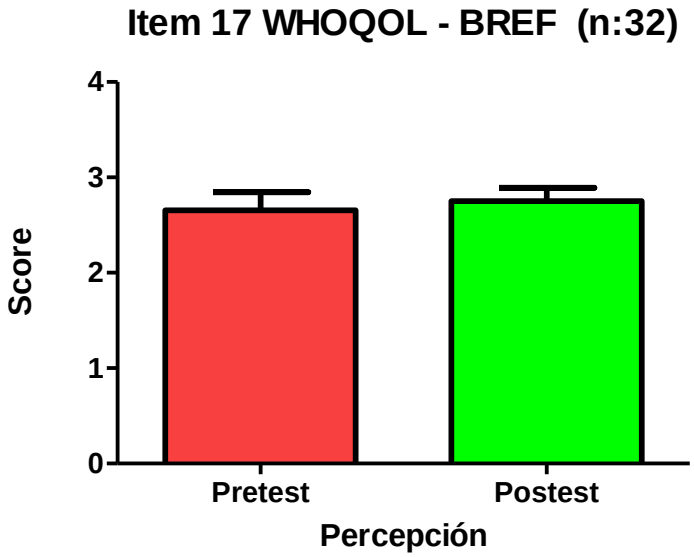


Gráfico 21- Ítem 17: ¿Cómo se satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3462)

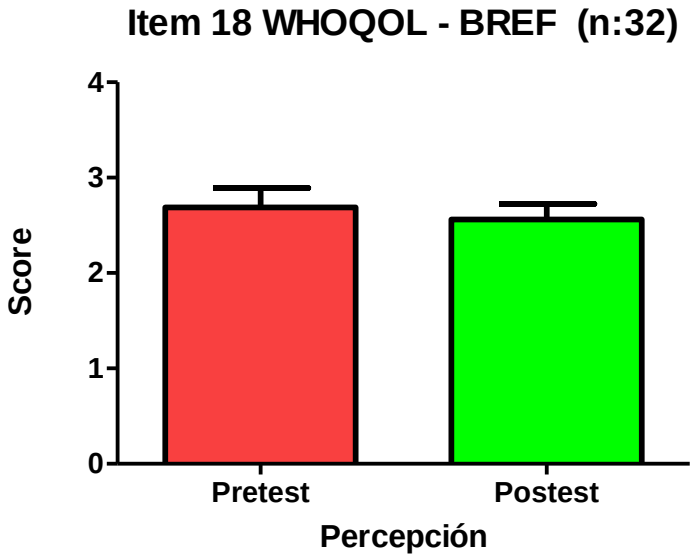


Gráfico 22- Ítem 18: ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3158)

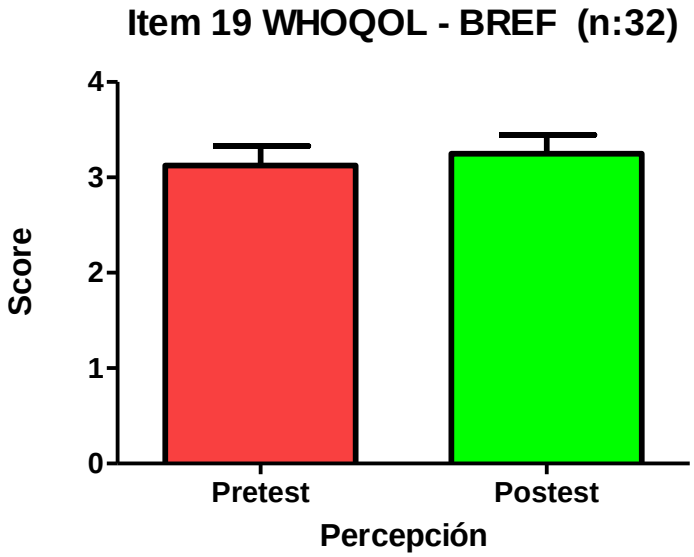


Gráfico 23- Ítem 19: ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3302)

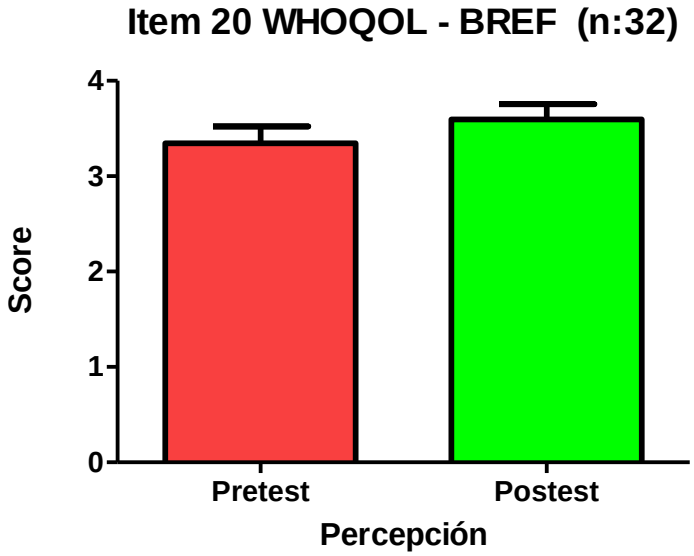


Gráfico 24- Ítem 20: ¿Cómo esta de satisfecho/a con sus relaciones personales?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,1504)

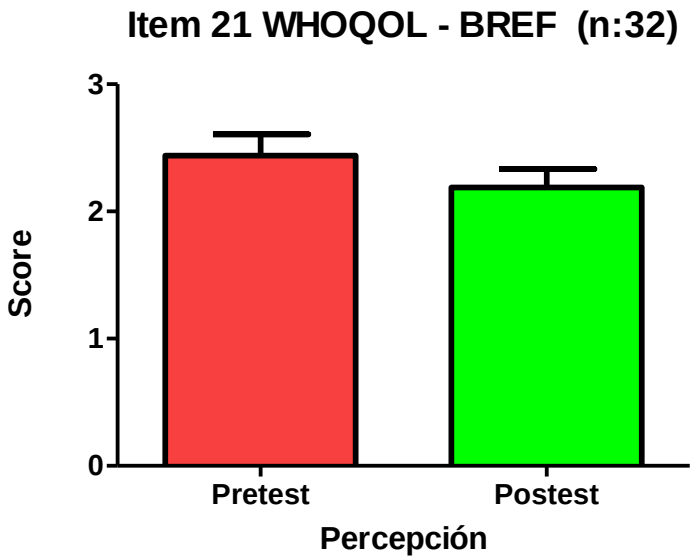


Gráfico 25- Ítem 21: ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,1319)

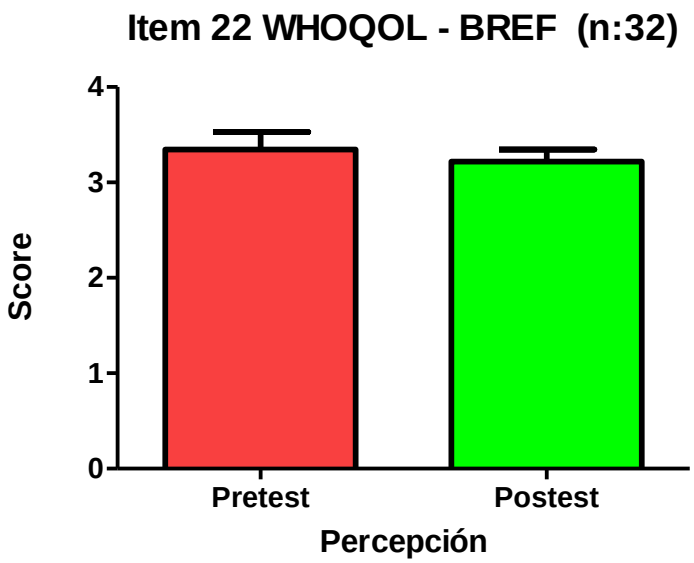


Gráfico 26- Ítem 22: ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigas/os?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,2873)

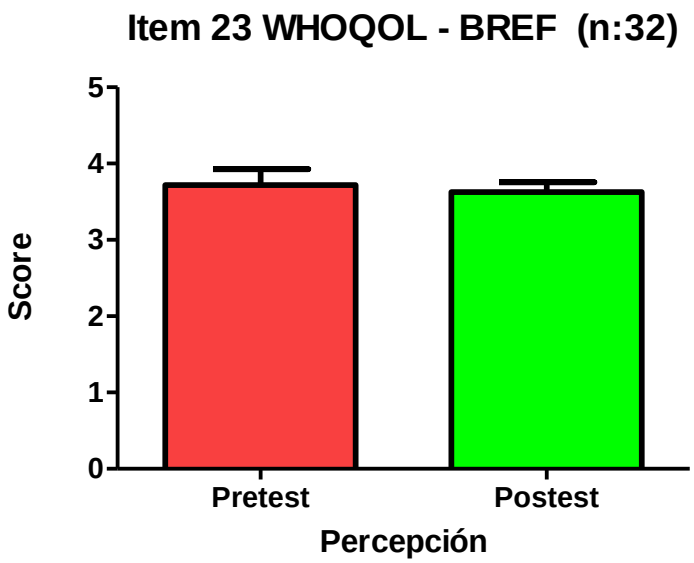


Gráfico 27- Ítem 23: ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3521)

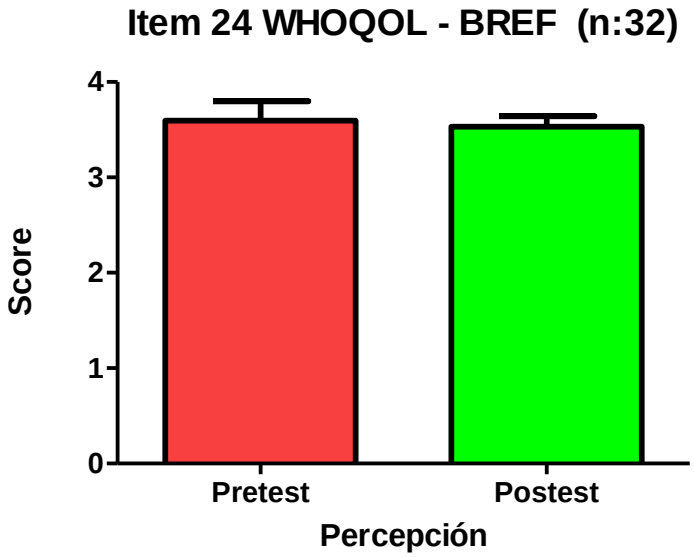


Gráfico 28- Ítem 24: ¿Cómo esta de satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3945)

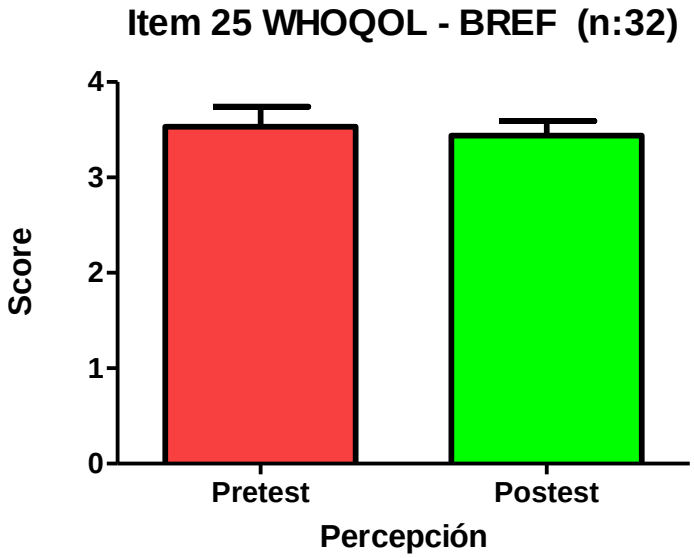


Gráfico 29- Ítem 25: ¿Cómo está de satisfecho/a con los servicios de transporte de su zona?

Comentario: No se observó diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,3606)

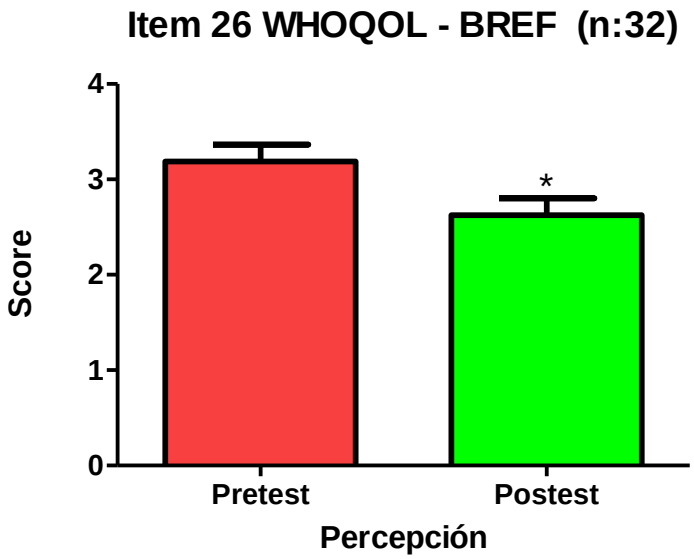


Gráfico 30- Ítem 26: ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?

Comentario**: Se observó** diferencia significativa en la percepción de dicho ítem (Test t, p: 0,0142)

Variación en parámetros de laboratorio en la musicoterapia

Para evaluar el impacto de la musicoterapia a nivel biológico y fisiológico mediante la modificación de la calidad de vida, se tomaron muestras de laboratorio quedando compuesta por 53,12% (17) de varones y 46,87% (15) mujeres. De un total de 32 personas estudiadas, cuya primera muestra fue tomada en junio del 2019, durante 6 meses se realizó una actividad mensual que consistía en la participación activa de las personas mediante la simulación con Karaoque, espectáculos de danza, percusión corporal, escucha pasiva mediante artistas contratados. A su vez, se les recordaba mediante un grupo de WhatsApp la escucha del material otorgado. Posteriormente se repite nuevamente la toma de muestra de laboratorio de Hto, Hb, Creatinina, Urea, pretratamiento, urea pos tratamiento, Calcio, fosforo, GPT, Sodio, Potasio y Cloro. Estos resultados se compararon y analizaron para evaluar el efecto de la musicoterapia en la calidad de vida de las personas hemodializados.

Se analizó la evidencia de diferencias significativas (p<0,05) en el grupo de pacientes que recibieron musicoterapia

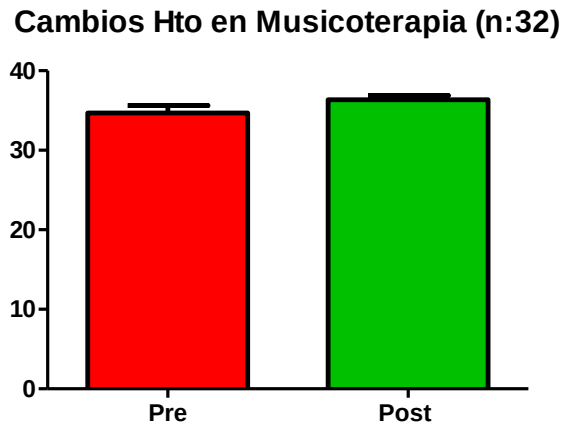


Gráfico 31- Hematocrito

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,1398)

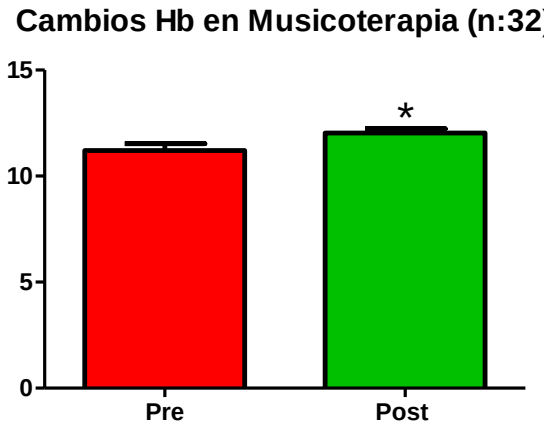


Gráfico 32-Hemoglobina

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,0323)

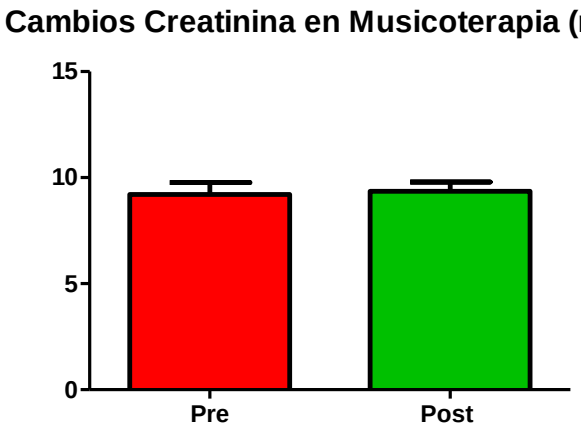


Gráfico 33- Creatinina

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,5693)

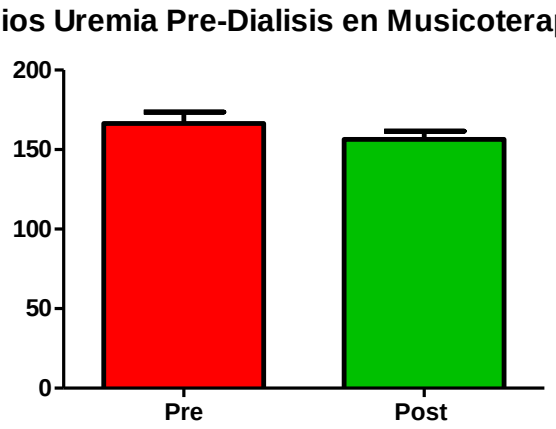


Gráfico 34-Urea pre diálisis

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,0840)

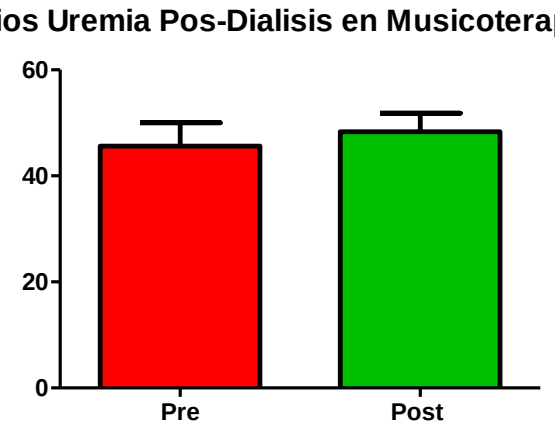


Gráfico 35- Uremia Pos-Diálisis

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,5931)

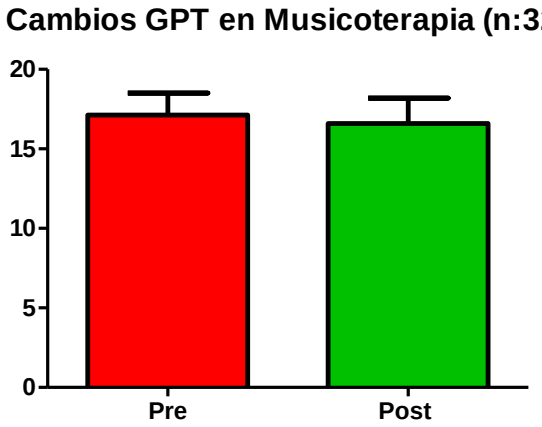


Gráfico 36- GPT

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,7341)

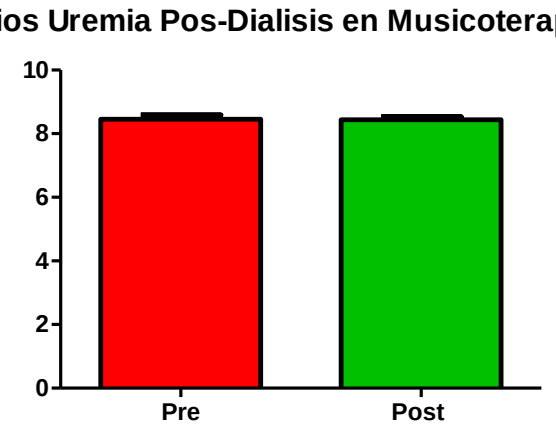


Gráfico 37- Calcio

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,8725)

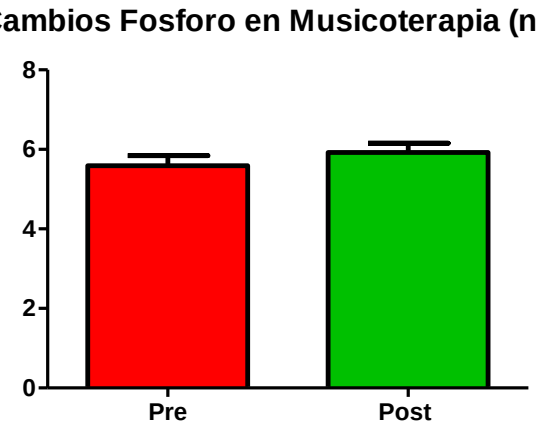


Gráfico 38- Fósforo

Comentario: No se observó diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,8725)

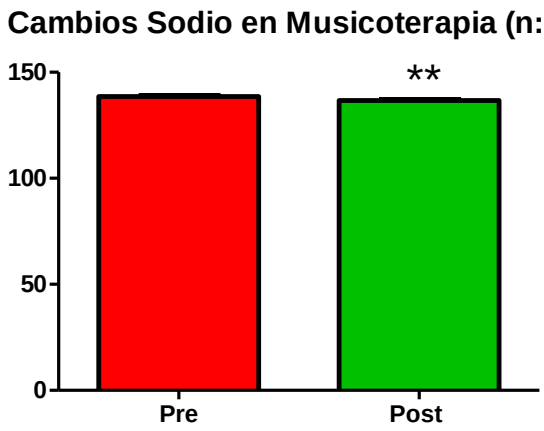


Gráfico 39- Sodio

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,0062)

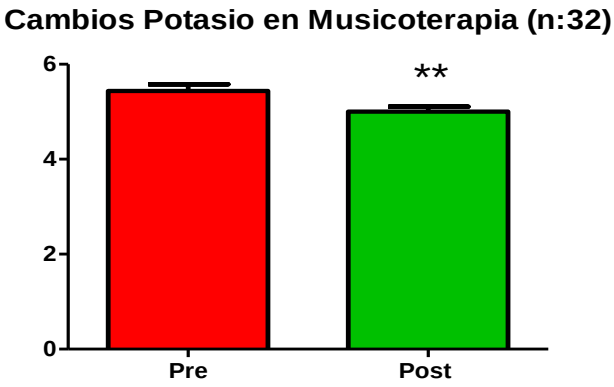


Gráfico 40- Potasio

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,0041)

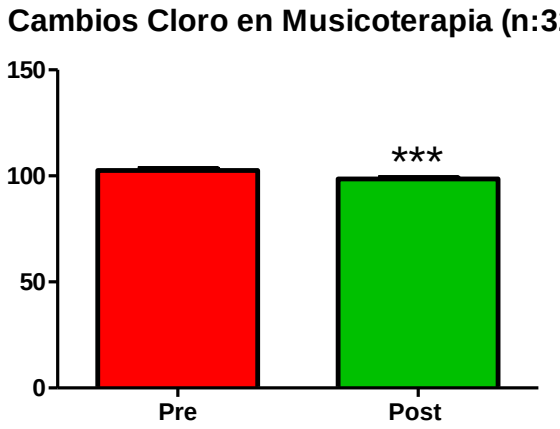


Gráfico 41- Cloro

Comentario: **Se observó** diferencia significativa en los valores de dicho analito (Test t, p: 0,0001

Comparación de resultados de laboratorio entre dos grupos

(Musicoterapia versus Sin Musicoterapia)

Se compararon las diferencias significativas en los resultados de laboratorio, si los mismos se mantenían constantes o mejoraban contra los que experimentaron desmejoría de los mismos.

Se observaron mejorías significativas ($p<0,05$) en los resultados de Hematocrito y Hemoglobina (Test X^2. p: 0,001), entre el grupo que había recibido musicoterapia en relación a los resultados del que no había recibido musicoterapia.

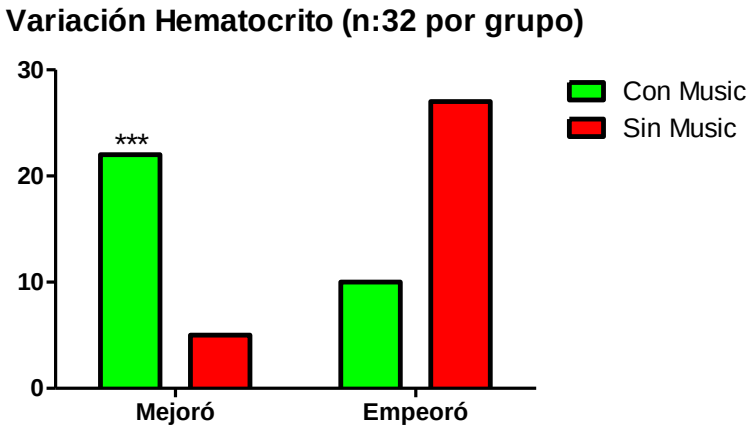


Gráfico 42-Validación de Hematocrito

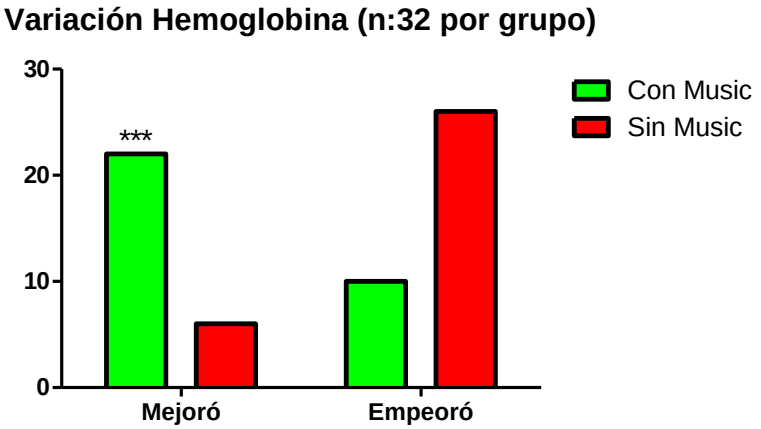


Gráfico 43- Validación de Hemoglobina

Con respecto a los demás analitos de laboratorio, no se observaron diferencias significativas entre los grupos, en los valores de Creatinina (Test X^2. p:0,8013), Uremia pre-diálisis (Test X^2. p:0,3055), Uremia pos-diálisis (Test X^2. p:0,9900), GPT (Test X^2. p:0,4192), Calcemia (Test X^2. p:0,5722), Fosfatemia (Test X^2. p:0,9910), Sodio (Test X^2. p:0,1069), Potasio (Test X^2. p:0,9900) y Cloro (Test X^2. p:0,9900).

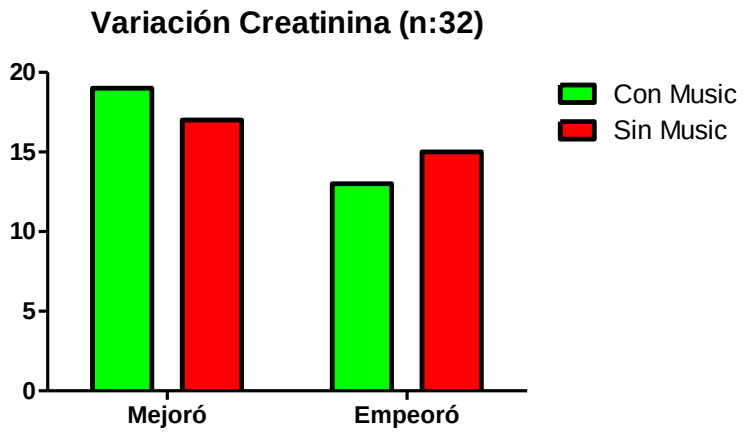


Gráfico 44- Validación de Creatinina

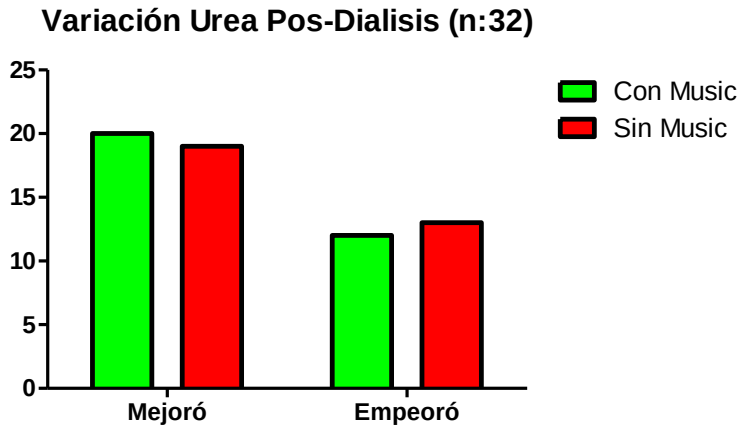


Gráfico 45- Validación de Urea Pos-Diálisis

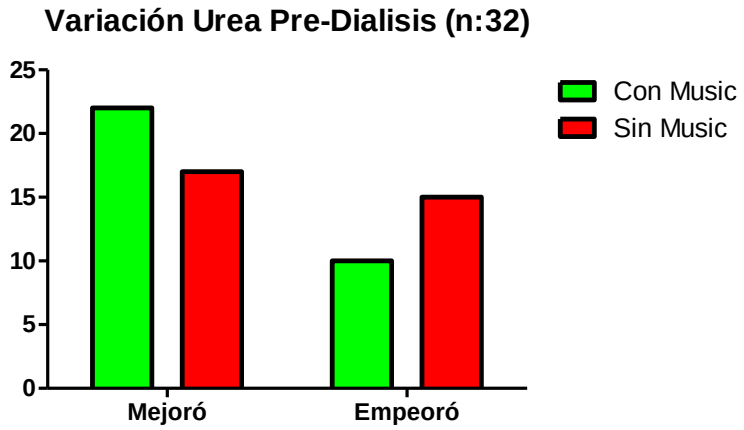


Gráfico 46- Validación de Urea Pre Diálisis

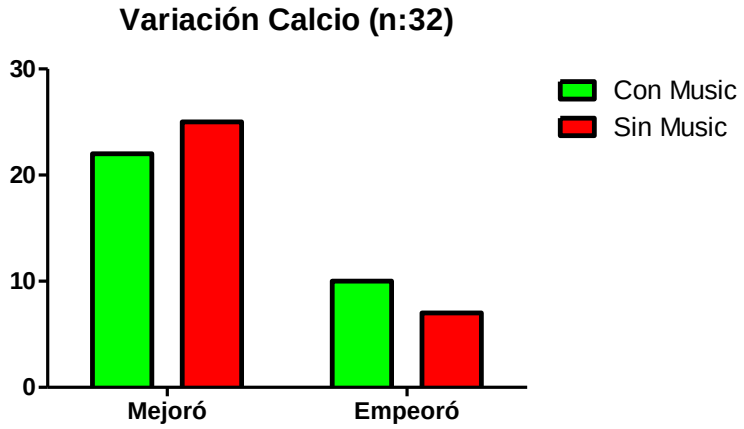


Gráfico 47- Validación de Calcio

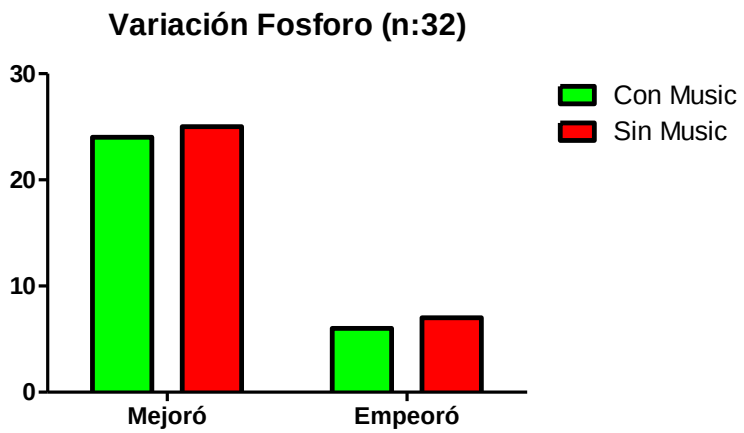


Gráfico 48- Validación de Fósforo

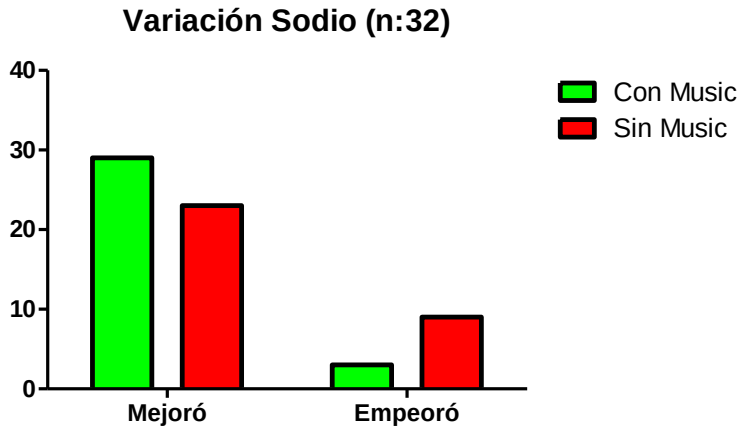


Gráfico 49- Validación de Sodio

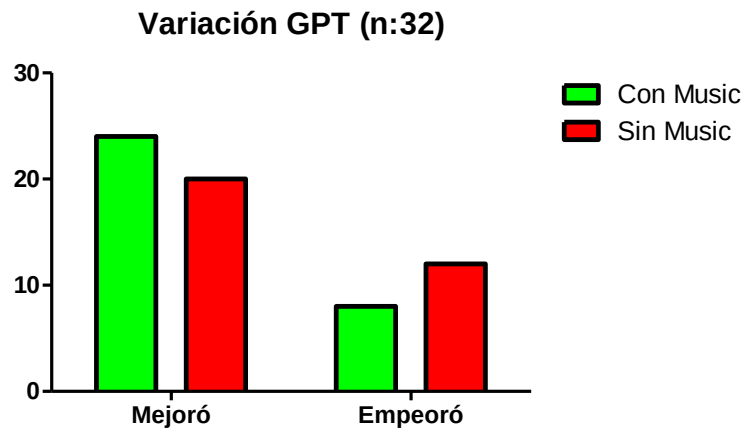


Gráfico 50- Validación de GPT

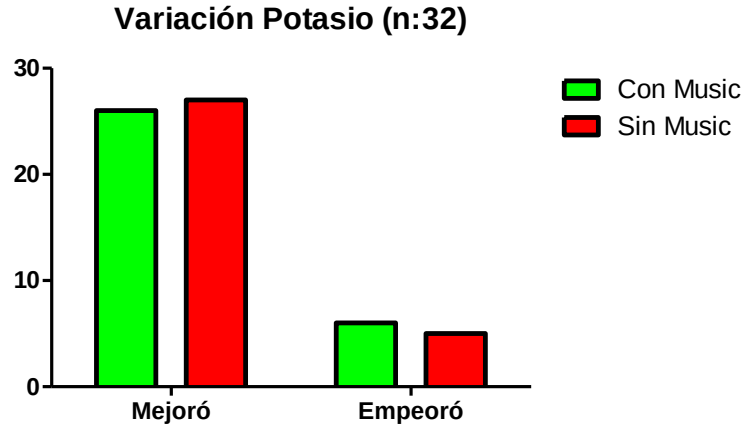


Gráfico 51- Validación de Potasio

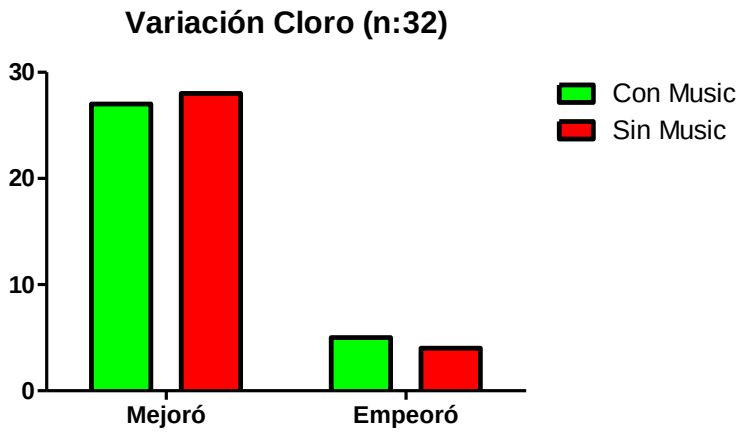


Gráfico 52- Validación de Cloro

DISCUCIÓN

Cuidar las necesidades de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica es un reto importante en la actualidad. El desarrollo de diferentes modalidades terapéuticas alternativas aun no implementadas en la provincia ayudaría a contribuir a una mejora de su malestar emocional y de su calidad de vida, entre otros aspectos. El objetivo de este estudio se ha centrado en explorar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para mejorar la calidad de vida de un grupo de personas con tratamiento hemodialitico, desprendiéndose también la mejoría del estado de ánimo, sueño y sensación de bienestar general.

TABLA 1

Al momento del análisis de resultados visualizamos gran variedad entre los grupos etarios e identificamos personas de 20 hasta 80 años y más. Siendo los más predominantes, en el estudio, entre 40 y 79 años.

TABLA 2

Según el sexo arrojaron datos predominantes del sexo masculino de 53,1 %, frente a 46,9% de mujeres.

TABLA 3

Hace referencia al estado civil de la muestra siendo 59% gente casada, 19% de personas solteras, 6% personas divorciadas y 16% de otros.

TABLA 4

La variable Nivel Académico nos dio resultados de 41% estudios secundarios o medios terminados, 31% nivel primario, el 19% solamente finalizó sus estudios universitarios y solo el 9% admite no haber recibido formación académica (Primaria Incompleta). Siendo un 91% los que terminaron sus estudios, lo que ayuda a una mejor comprensión de las consignas que se le proponen.

Segunda etapa, calidad de vida percibida por los pacientes:

Refleja que la calidad de vida percibida por estas personas no mejoró en los niveles esperados o de manera significativa. Lo que además se puede apreciar es que hay un aumento de calidad de vida normal en comparación a la primera valoración realizada en junio.

Refleja la satisfacción del sueño valorada en noviembre. Mostrando signos de igualdad o de mejoría en algunos casos en lo que respecta a junio.

Según la satisfacción de sí mismo, esta arroja una leve mejoría hacia una percepción más amena y generosa que en la valoración de junio. Lo que se lee como un tenue mejoramiento a aceptarse como un ser individual y único.

Siendo el dolor una de las características a tener en cuenta para la realización personal y percepción sobre el estado de salud de cada uno es que nos pareció importante, la tabulación de esta variable, que refleja una mejoría en el total de la población estudiada.

Las personas hemodializadas poseen una característica significativa, les es difícil encontrar el sentido a la vida. Al convivir con una enfermedad crónica como lo es la insuficiencia renal. En esta tabla se observa una leve mejoría entre los meses de junio a noviembre, pero también evidencia lo difícil que es para estas personas encontrarle un sentido a la vida.

Relaciones personales, aquí se intenta reflejar como perciben la relación con su entorno y cuál es el nivel de satisfacción que estos poseen con sus relaciones y lo que se puede observar es que lograron mejorar su percepción hacia los demás y mantener relaciones saludables con sus seres más allegados.

Caracterización de pacientes según los sentimientos negativos, al poseer una enfermedad crónica generalmente estas personas se ven inundadas en pensamientos negativos y muy normalmente se encuentran pensando en finales

fatales, por ello el medir el sentimiento negativo fue una gran expectativa, que ha demostrado que se mejora mediante la musicoterapia ya que los niveles obtenidos aportan características positivas al disminuir los pensamientos negativos. Se observó que las personas que tenían pensamientos negativos en la segunda valoración se redujo significativa.

Disfrute de la vida es uno de los componentes que la musicoterapia ayuda a expresar, en los gráficos comparativos sobre este ítem se observan que hay un incremento en el disfrute de la vida cotidiana.

En cuanto a la tercera etapa con respecto a los resultados de los análisis de laboratorio:

Se muestra una diferencia significativa en la hemoglobina, bajó la concentración de sodio, cloro y potasio en los pacientes que escucharon música, esto habla de una adherencia paulatina a la dieta y al tratamiento propuesto, por ende, se dio un cambio en la calidad de vida.

Además, se realizó una comparación entre grupos en las mismas condiciones y tratamiento médico, utilizando la musicoterapia en algunos y en otros no, por ello podemos concluir que esta terapia alternativa mostró diferencias marcadas sobre los que no se trataron con esta terapia; siendo los más sobresalientes los valores de hematocrito y hemoglobina. Es preciso aclarar que, siendo los resultados inferiores comparados a los objetivos planteados. Se debe tener en cuenta el factor tiempo, que fue limitado a la hora de obtener los cambios esperados en las personas. Es necesario seguir investigando en el campo de la musicoterapia a fin de poder seguir documentando nuevos hallazgos y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de personas hemodializadas.

CONCLUCIÓN

Las personas con insuficiencia renal crónica están derivando en una emergente necesidad de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas e incorporar aquellas modalidades de intervención que permitan dar respuesta de una manera global a las diferentes dificultades que con lleva ser un paciente hemodialitico. Los resultados de este estudio sugieren que la musicoterapia produce un cambio positivo en el estado de ánimo de este perfil de participantes, no sólo en cuanto a disminuir su malestar emocional durante la sesión, sino también a lo largo de su vida. La variable calidad de vida, si bien no ha reflejado un gran cambio percibido por ellos; si se observó un considerable cambio con respecto a los valores arrojados por la analítica de laboratorio pre tratamiento y post tratamiento como el hematocrito, hemoglobina y creatinina.

Bibliografía

BERFIELD, S. (26 de agosto de 2017). *https://www.elfinanciero.com*. Obtenido de https://www.elfinanciero.com.mx/bloomberg-businessweek/la-historia-del-hombre-que-invento-el-estilo-de-vida-saludable

Borrero Benitez, e. (Octubre-Diciembre de 2012). *Revista Informacion Cientifica*. Obtenido de file:///C:/Users/veron/Desktop/Tesis/CALIDAD%20DE%20VIDA/Referentes%20histórico-metodológicos%20relacionados%20con%20calidad%20de%20vida.pdf

Gallo, C. P. (2006). Historia de la diálisis y nefrología en San Juan. *Nefrología Regional*, 108-109.

Isabel Guerras LLamas, e. (s.f.). Evolución de la enfermería nefrologica del sigloXX. *Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.*

manzor, d. n. (2012). Historia de la Nefrología en Argentina. *Nefrologia, Transplante y Dialisis*, 242-247.

Oneca, T. A. (2014-2015). "Musicoterapia". *Fundamentos, aspectos prácticos y aplicados a niños hospitalizados*.

Pelaez, V. (2008). Teorias sobre modelos y teorias de enfermeria en el ambito de la nefrologia. *redalyc*.

Ruben, A. (2003). *Revista Latinoamericana de Psicologia*. Obtenido de file:///C:/Users/veron/Desktop/Tesis/CALIDAD%20DE%20VIDA/calidad%20de%20vida.pdf

ANEXOS

ESCALA DE CALIDAD DE

VIDA WHOQOL-BREF

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621
Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés: Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Separado/a Casado/a
Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

_____Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida ***durante las dos últimas semanas***. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza,	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

_____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

_____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

_____

_____

_____

Gracias por su ayuda.

PACIENTES NO TRATADOS CON MUSICOTERAPIA

hto	hto	Hb	Hb	creatinina	creatinina	urea 1°	urea 1°	urea2°	urea2°	calcio	calcio	fosforo	fosforo	GPT	GPT	Sodio	Sodio	Potasio	Potasio	Cloro	Cloro
% jun-19	% Nov-19	g/dl jun-19	g/dl Nov-19	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	UI/L jun-19	UI/L Nov-19	meq/l jun-19	meq/l Nov-1	meq/l jun-19	meq/l Nov-1	meq/l jun-19	meq/l Nov-1
43	30	14	9,9	7,93	7,55	140	163	40	39	8,5	8,6	6,1	5	22	10	137	140	5,8	3,9	99	100
37	32	12,3	10,8	7,84	7,07	72	69	23	25	8,8	8	6,5	5,6	19	21	137	139	4,3	4,2	105	100
40	27	13,2	9,1	3,13	4,31	102	116	25	22	7,9	8,1	3,5	5,2	96	24	132	141	3,3	4,2	101	106
20	19	6,6	6,5	5,63	4,59	213	157	56	46	8,9	9,1	5,6	4,2	168	75	135	133	5,2	5,2	100	96
38	31	12,5	10,6	5,24	7,08	103	133	36	43	9	9	4,3	4,7	15	12	137	133	5,1	4,1	100	98
39	34	12,5	11,7	9,83	9,47	144	125	29	27	8,3	7,9	5,5	5,5	9	28	137	140	5,4	5,2	101	106
37	34	12	11,9	12,78	14,02	198	178	61	61	7,6	7,3	7,7	8,4	40	50	136	139	4,6	4,2	103	99
38	33	12,3	11	11,38	10,92	155	144	48	34	8,9	8,2	8,6	8	12	11	135	135	4,4	4,7	101	97
38	35	12,8	11,9	13,67	13,9	193	169	54	61	9,1	9,3	6	7,2	38	26	138	135	4,8	6,3	102	99
36	35	11	11,3	8,12	10,24	199	176	93	61	7,9	7,9	5,8	0,2	10	9	132	134	6,3	6,1	96	96
43	41	14,8	13,9	10,15	8,35	275	131	82	37	8	9,5	6,4	4,5	29	12	138	139	5,4	5,4	100	103
37	36	12,3	11,8	9,59	11,16	187	187	14	44	8,2	8,9	7,3	7,1	5	7	136	136	4,6	4,8	103	97
36	32	11,4	10,7	7,38	8,64	138	150	37	42	9,2	7	4,6	5,2	38	26	139	140	4,5	4,4	105	101
36	39	12	12,5	9,96	12,5	184	279	51	76	8,4	9,8	4,5	7,5	46	141	135	141	6,8	6,7	99	103
35	28	11,6	8,9	7,99	7,78	255	185	68	44	7,5	8,1	4,3	5,1	13	10	137	140	5,8	4,5	99	104
46	35	15,3	11,9	6,84	6,09	85	65	16	16	7,9	9,5	3	3,6	8	10	140	137	5,3	3,9	102	98
41	36	13,6	12	8,04	6,87	157	38	49	9,7	8	5,8	9,7		13	7	134	137	4,7	3,9	95	101
36	30	12	9,1	9,78	6,45	263	182	99	110	8	9,4	5,4	5,4	40	30	141	132	5,2	4	103	94
43	36	14,3	11,7	12,63	13,39	173	161	49	41	9,1	10	4,2	4,7	8	9	139	136	6,7	5	103	100
37	38	12,5	12,9	5,25	5,97	120	145	28	15	9,2	10	3,1	5,3	9	15	141	142	4,7	5,6	105	103
37	33	11,6	10,6	9,67	9,42	154	202	15	66	7,9	7,5	5,4	8,7	26	12	143	133	5,5	5,6	107	99
37	37	12,4	13	12,57	14,09	197	203	51	47	8,7	10	4,3	7,1	54	12	141	139	4,6	4,1	102	100
45	43	14,8	14,3	13,54	14,65	146	180	40	45	7,9	8,7	4,9	7	39	25	140	137	4,5	6,3	102	101
42	36	13,5	12,3	6,47	7,01	171	193	36	44	8,3	8,1	4,3	9,9	78	8	137	130	5,1	5,8	98	96
38	34	12,9	10,7	10,11	8,18	138	152	44	49	8,5	8,6	6	6,4	12	7	137	138	5,1	4,8	105	103
39	27	12,9	9,2	10,49	10,98	160	211	44	50	8,9	9,1	7,2	7,5	14	11	138	137	4,9	4,6	106	101
37	35	12,5	11,5	10,71	12,86	177	173	46	43	8	9,2	3,1	4,6	10	10	147	138	4,9	5,2	107	99
39	34	11,2	10,7	8,01	8,95	103	153	37	56	8,2	8,9	5,2	5	28	17	139	134	5	4,9	105	100
45	32	14	11,1	4,34	4,78	121	108	11	32	9,3	10,2	4,7	5,7	22	18	142	142	4	3,9	106	103
39	37	13	12	11,29	11,8	149	201	12	20	9,9	10,4	3,8	6,1	13	12	144	139	5,9	5,3	107	99
37	40	12,4	13,1	10,49	11,9	134	212	41	30	10,2	10,4	4,3	4,7	17	9	141	136	5,6	5,4	104	96
36	31	12,4	9,4	16,19	14,36	190	111	39	54	7,9	7,8	7,8	8,2	13	15	136	138	7,1	3,8	99	98

PACIENTES TRATADOS CON MUSICOTERAPIA

hto	hto	Hb	Hb	creatinina	creatinina	urea 1°	urea 1°	urea2°	urea2°	calcio	calcio	fosforo	fosforo	GPT	GPT	Sodio	Sodio	Potasio	Potasio	Cloro	Cloro
% jun-19	% Nov-19	g/dl jun-19	g/dl Nov-19	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	mg/dl jun-19	mg/dl Nov-1	UI/L jun-19	UI/L Nov-19	meq/l jun-19	meq/l Nov-1	meq/l jun-19	meq/l Nov-1	meq/l jun-19	meq/l Nov-1
23	41	7,3	13,2	16,5	13,66	273	275	120		7,8	9,2	6,7	3,8	14	40	138	137	6,4	4,7	106	100
39	36	13,1	11,9	7,18	6,79	119	153	37	47	8,5	9,3	6,2	4,4	8	10	138	138	5,4	4,8	108	100
36	34	12,5	11,4	10,83	9,55	157	165	51	63	8	7,9	6,7	5,3	22	39	138	138	5,2	4,7	102	103
34	42	11,3	14,4	11,39	10,63	205	151	78	51	8,3	8,6	5,2	7	34	14	136	139	5,4	5,4	99	98
36	38	11,8	12,9	9,89	9,62	175	170	43	42	7,8	7,8	8,4	8	19	7	138	132	4,6	5	99	93
27	41	8,4	13,6	12,08	11,19	138	117	43	34	7,1	9	8,7	8,5	25	22	139	138	5	4,4	100	98
38	39	12,1	13	8,04	7,02	167	152	46	38	8,7	8,6	7,7	6,9	17	11	137	141	5,7	5,1	99	105
40	38	13,4	12,9	5,99	6,84	146	134	42	37	8,5	8,7	4,3	6,2	25	24	141	138	5,7	5,1	105	100
31	35	9,8	10,9	6,05	6,2	121	149	36	50	7,8	8,5	5,3	4,8	8	9	143	139	5,8	4,5	108	99
31	36	9,7	11,7	4,82	5,09	144	163	15	98	7,8	8,4	4,1	4,6	13	12	145	133	4	5,3	109	100
36	36	11,3	11,4	6,24	6,77	124	142	33	43	7,6	8,4	5,3	5,7	15	7	141	138	5,2	5,4	104	100
35	36	11,6	12,2	10	9,34	147	153	46	46	8,7	8,5	5,3	6,1	24	15	141	134	6,2	5,1	107	97
36	40	11,8	13,4	4,11	4,6	157	169	39	27	8,3	7,6	4,7	5,6	35	32	132	132	5,3	4,9	102	95
32	39	10,6	13	12	12,97	151	127	57	44	9,3	8	4,2	4,9	18	24	144	141	5,5	4,5	108	103
36	37	10,7	13,1	9,42	9,61	147	138	48	47	8,7	8,2	6	7,7	16	11	141	138	5,2	4,3	107	99
45	34	15	11,6	11,07	12,14	167	153	35	48	8,1	7,9	8,9	7,1	12	13	137	139	5,1	5,2	97	99
32	28	10	9,7	9,82	9,29	181	159	93	84	8,9	8,4	5,8	7,7	8	10	135	133	5,9	5,2	103	96
40	36	12,9	11,6	11,5	11,17	225	154	29	50	8,7	8,5	6,3	5,2	16	13	141	133	5,6	6	109	96
31	36	10,4	12,2	4,89	6,11	79	114	27	39	8	8,4	4,1	4,8	9	24	137	138	4	4,7	102	98
33	32	10,3	9,8	6,55	8,38	145	154	23	56	8	7,1	4,3	6,5	21	17	137	138	4,5	5,4	103	100
35	39	11,1	12,6	10,97	12,5	169	166		60	8,6	8,5	5,4	6	7	13	138	139	5,2	5,5	100	101
45	34	14,9	11,5	17,65	13,89	276	156	95	46	9,4	8,7		7,7	16	6	138	131	5,9	4,3	96	94
34	34	11	11,3	7,51	8,82	139	132	52	35	8,8	8,2	3,9	4,8	8	12	140	141	4,5	3,8	100	101
27	31	8,2	9,6	5,17	5,67	154	147	21	46	9,6	8,4	4,4	4,5	17	11	141	139	4,3	4,5	102	101
23	37	7,3	12,5	10	10,26	180	168	60	61	8,9	9,6	4,1	5,9	24	29	131	131	6,3	6,7	97	97
37	35	12,2	11,9	10,03	10,29	162	164	23	42	7	7,5	5,1	6,8	9	8	140	137	5	4,9	102	100
32	33	10,5	11,2	6,45	10,39	212	221	49	12	7,9	8,4	5,7	6,7	35	28	135	139	5,1	4,2	97	92
40	37	12,5	12,2	11,72	9,59	176	129	68	51	8,7	8,6	7,3	7,4	22	14	138	135	6,1	4,7	99	96
38	38	12	12,2	9,58	9,75	205	159	31	25	8	8,1	4,6	5,8	12	16	136	134	7,4	5,2	100	96
33	35	10,8	11,4	7,66	8,14	144	164	20	21	9,7	8,5	4,6	4,7	12	13	136	134	6,3	5,5	98	97
35	38	11,2	11,9	8,59	10,99	168	149	10	37	9,4	9,7	4,7	4,6	13	10	139	140	5,3	4,9	106	101
40	38	12,8	12,8	10,95	12,17	173	159	45	56	10	8,7	5,3	3,9	14	17	142	136	6,9	6,2	108	98