



Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Bellas Artes
Secretaría de Publicaciones y Posgrado

Maestría en Psicología de la Música

Tiempo de dialización y vivencia subjetiva del paciente, un aporte desde la Psicología de la Música

Silvia Larrechart

Director de Tesis: Dr Fernando Silberstein

La Plata, abril de 2019.

Dedicatoria.

A mis hijos Emanuel, Homero y Tadeo.

Agradecimientos

Al Dr. Fernando Silberstein por confiar en mi trabajo y por orientar este estudio, que sin su ayuda y dirección, no habría sido posible.

Al equipo asistencial del Centro de Diálisis de Fresenius Medical Care S.A en su sede Concepción del Uruguay, por su colaboración y cálido trato, especialmente al Dr. Carlos Casas –Director Médico- y a la Lic. Roberta Gorischnik- Directora del Instituto de Psicoanálisis del Litoral.

Agradecimiento especial

A la Dra. Silvia Malbran (QEPD) por su colaboración, paciencia y apoyo incondicional brindados.

Índice

• Dedicatoria	<i>Pág. 2</i>
• Agradecimientos	<i>Pág. 3</i>
• Índice	<i>Pág. 4</i>
• Introducción	<i>Pág. 5</i>
• Plan de trabajo	<i>Pág. 9</i>
• Características básicas del tratamiento médico de hemodiálisis crónica	<i>Pág.10</i>
○ El tiempo de dialización como variable	<i>Pág.17</i>
○ Contexto de trabajo	<i>Pág.20</i>
• Aspectos psicológicos del paciente renal	<i>Pág.21</i>
• El lenguaje musical como alternativa de expresión durante la hemodiálisis	<i>Pág.30</i>
○ El signo musical	<i>Pág.31</i>
○ Música de la vida cotidiana	<i>Pág.31</i>
○ El paciente como oyente aculturado	<i>Pág.38</i>
• La temporalidad de la música	<i>Pág.39</i>
○ Aspectos psicológicos	<i>Pág.39</i>
○ La música vivida en sala	<i>Pág.42</i>
• Condiciones de la experiencia realizada	<i>Pág.45</i>
• Diseño experimental	<i>Pág.49</i>
○ Hipótesis	<i>Pág.49</i>
○ Muestra	<i>Pág.50</i>
○ Procedimiento	<i>Pág.50</i>
○ Estímulo	<i>Pág.51</i>
• Tratamiento de datos	<i>Pág.52</i>
• Resultados	<i>Pág.53</i>
• Análisis estadístico	<i>Pág.62</i>
• Discusión de resultados	<i>Pág.71</i>
• Conclusiones	<i>Pág.78</i>
• Bibliografía	<i>Pág.80</i>
• Anexos	<i>Pág.87</i>

Introducción

Esta tesis se desarrolla en torno a una investigación teórico-empírica del tiempo vivido asociado a la escucha de música de la vida cotidiana, abordada desde el estudio de la experiencia temporal con una población de pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

La elección del tema surge a partir de mi participación en trabajos de investigación anteriores* donde la construcción de dispositivos con música de la vida cotidiana, tiene por objetivo analizar la vinculación de las personas en general y de pacientes con patologías en particular, con las estructuras musicales. En estas experiencias anteriores, he dado pasos acerca de viabilizar música de la vida cotidiana en una dinámica de fortalecimiento de potenciales de salud; como promoción y protección de aspectos saludables. (Salvi N, Larrechart S, 2006; 2009)

“La música es un instrumento privilegiado para trabajar desde la salud positiva puesto que en ella se condensan tres componentes claves para la protección y promoción de la salud: la acción sobre el sistema psicoimmunoneuroendocrino, la característica de ser construcción y transmisión cultural y portadora de identidad, y la posibilidad de dinamizar lo comunitario y la participación” (Isla, 2003)

* PID 10042 Evaluación de la influencia de las intervenciones Enfermería y de la Psicología de la Música en el cumplimiento del tratamiento, la capacidad funcional, la calidad de vida y las relaciones sociales de los pacientes psiquiátricos de C. del U. <http://www.pcient.uner.edu.ar/index.php/Scdyt/article/view/155>

Estudio de las motivaciones, necesidades del cuidador principal del paciente con TMG y consecuencias en su salud y calidad de vida durante las intervenciones de enfermería y de la música en Concepción del Uruguay <http://distancia.academica.uner.edu.ar/2015/resumenes/investigacion/resumen26.html>

** Musumeci, O. describe en su artículo **“Hacia una educación de conservatorio humanamente compatible”** Conservatorio típica incluye:

1-una estructura de conocimiento rígida y restringida a un rango de música histórica y estilísticamente limitado (Nettl 1995, Tafuri 2001) 2-una tendencia dominante hacia el desarrollo de la ejecución técnicamente habilidosa a partir de una partitura (Jankowski y Miklaszewski 2001) 3-una teoría musical cuya particular hermenéutica muestra una clara influencia de la tradición positivista (Butler 1997; Covington y Lord 1994, Musumeci 1998a) 4-un sistema cultural particular – transmitido oralmente – que venera a “la música” como algo más allá del hacer música humano (Kingsbury 1988, Nettl 1995) 5-métodos de instrucción de espíritu draconiano, basados principalmente en interacciones sociales estrictamente normativas, típicamente las diadas maestro-discípulo (Kingsbury 1988, Musumeci 2001a, Nettl 1995)

Dos dimensiones tendré en cuenta para este diseño en particular, por una parte me posicionaré en avances acerca de la música de la vida cotidiana de las personas ya que es de mi especial interés modificar el modelo que busca eruditos e impacta en lo social con categorías que determinan quien es músico y quién no.

Contrariamente a lo estipulado por las teorías clásicas, la música no puede ser considerada independientemente de sus circunstancias de producción, distribución y consumo. (De Nora, 2000). La apropiación de la música, que realizan las personas en actividades de su vida, distingue esta nueva perspectiva de anteriores **, sobre todo en la imposibilidad de separar materiales musicales y sociales, los cuales son coproducidos. Por otra parte, más allá de las características de la población de pacientes en hemodiálisis en particular, considero a las personas en general como oyentes aculturados.

Los autores que proponen esta categoría de oyentes aculturados en su teoría son Leardahl y Jackendoff que desarrollan un método de análisis de la música basado en la psicología. Para ellos, la pieza musical es una entidad construida mentalmente, por lo tanto el sonido sería organizado en nuestra mente. Esta teoría propone la introducción de un nuevo concepto: intuiciones musicales de un oyente experimentado, entendidas éstas, como procesos inconscientes de escucha musical que vienen determinados por la enculturación del oyente.

Y es esta perspectiva de enculturación la que sostendrá el repertorio musical para este trabajo, elecciones de los pacientes, de música de su vida cotidiana.

Tia DeNora, autora del libro *Music in Everyday Life* (2000) sostiene que las personas interactúan y se apropian de temas musicales de forma que estos se constituyen en recursos privilegiados de la práctica de subjetivarse a si mismos, y a otros, como agentes emocionales y

estéticos mediatizados por distintos escenarios sociales. Para la autora, la música en sus diferentes dimensiones es empleada como un material activo en la constitución de la subjetividad de los sujetos y a la vez considera la vinculación entre la música y el cuerpo, desarrollando una perspectiva para la investigación de las múltiples formas en que la música permite a los actores moldear diferentes corporalidades.

La música, es considerada como un dispositivo de autorregulación emocional en la construcción del yo, y propone un desarrollo centrado en explorar la función de la música como una tecnología de la identidad, la emoción y la memoria. (De Nora 2000, p. 53)

Particularmente, esta tesis se propone avances acerca de la vivencia de música de la vida cotidiana, acerca de su componente temporal, vinculándola a la explicación de la experiencia humana de la temporalidad, en específico para la situación del tiempo de dialización.

Para los pacientes en hemodiálisis, el tipo de convivencia con este riguroso tratamiento que consiste en sesiones de conexión a la máquina de hemodiálisis día por medio por lapsos de entre 4 y 5 horas, estaría vinculado con la aceptación de la enfermedad, y la posibilidad de adhesión al tratamiento. La perspectiva de sostenimiento del paciente en este procedimiento médico, se ve cruzada por la necesidad de sostenerlos en los tiempos de dialización..

La experiencia temporal que analizamos se plantea como un recorte en el contexto del tratamiento de diálisis. El mismo se plantea como parte del diseño metodológico para la intervención en la sala de hemodiálisis con los pacientes con los que trabajamos. Dicha periodización surge de las características específicas del tratamiento. Cabe señalar que para los pacientes hay varios momentos de impacto emocional dentro de estos tratamientos. Los momentos de mayor impacto emocional son la notificación de la necesidad de diálisis y luego ya en tratamiento, el inicio propio de la diálisis y el tiempo de dialización en si mismo. En estos últimos casos, las emociones que se suscitan son de alerta, de incertidumbre donde se observa

en los pacientes un estado extremo de estrés y rigidez corporal. En este contexto, en la investigación que presentamos se diseñan acciones específicas para que la música de la vida cotidiana de los pacientes obtenga en la sala un significado gracias a sus cualidades intrínsecas y también respecto de sus asociaciones personales. El significado musical va desde lo más abstracto hasta lo más funcional, por lo que, a pesar de las diferencias personales, edades, educacionales etc, la música es una lengua universal. Los elementos básicos - alturas, intensidad, ritmo, y en alto grado, melodía y armonía- impactan en los procesos físicos y mentales de las personas en una manera notablemente similar (se requiere cita de esta afirmación). Cabe destacar también que cada ser humano tiene una historia sonora generada desde su vida intrauterina, su lugar de origen, su entorno sonoro y sus vivencias. Todo ello hace que esa construcción subjetiva respecto de la música sea única.

Las teorías más recientes coinciden en que la cultura brinda los estímulos ambientales que determinan esta circunstancia. El desarrollo y aplicación de las competencias musicales derivadas de la intuición musical facilitan innumerables posibilidades en el tratamiento coadyuvante de los pacientes de hemodiálisis durante el tiempo de dialización.

Desde este lugar, el trabajo de tesis se delinea y perfila su hipótesis desde una perspectiva donde la explicación y el análisis de la temporalidad musical como percepción humana, se vinculan en la situación específica de música de la vida cotidiana de pacientes para el sostenimiento del tiempo durante la dialización.

Plan de trabajo

Desde la coordinación médica, se me planteó en su momento la necesidad de sostener a los pacientes en los tiempos de conexión, variable crítica de este tratamiento ya que los pacientes deben permanecer tiempos prolongados conectados a los aparatos, bastante ruidosos, que aseguran la posibilidad de su supervivencia debido a la insuficiencia renal.

Desde el área de psicología del centro de diálisis, se desarrollan en la sala de hemodiálisis acciones de estímulo de la actividad física, artística, educativa y cultural que contribuyen a fortalecer anímicamente al paciente en su esfuerzo de rehabilitación e integración social.

Las acciones específicas de mi intervención en la sala tomando como base las competencias musicales de la población de los pacientes serán las siguientes:

- ❖ A cada paciente se le confecciona una ficha donde él relata su propia historia sonora, la vinculación que ha tenido con la música, y las experiencias asociadas. En base a ese material se organiza un programa de actividades basado en:
 - el interés del paciente por la música.
 - las preferencias musicales.
 - desarrollar la posibilidad de expresión y de creatividad
 - Activar asociaciones de recuerdos, hechos, realidades y fantasías
 - Movilizar emociones
- ❖ La elección de música representativa de las preferencias del paciente nutrirán el diseño de actividades teniendo en cuenta el cambio de conducta esperado: relajación o concentración o la participación activa del paciente.

La nueva forma de vida que los pacientes dializados deben asimilar tiene relación con un cambio en el modo de ver su propio mundo. La enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de ésta enfermedad crónica este cambio es permanente. Estas situaciones son de alto impacto en la vida de los pacientes.

Con la introducción de la música puede afirmarse que la Psicología de la Música se posiciona como un área en el marco de un programa de salud en la Sala de Hemodiálisis. La inclusión de actividades no convencionales desarrollada por Fresenius Medical Care Argentina S.A. enmarcan esta experiencia. Las actividades de esta propuesta serán desarrolladas en base a las competencias musicales de los pacientes. Stefani define la “competencia musical”, como “el saber, el saber hacer y el saber comunicar” que se actualiza cuando se viven experiencias musicales: la competencia musical es la "capacidad de producir sentido mediante y/o en torno a la música" (Stefani 1998). El escuchar es una actividad musical mucho más generalizada que la composición o interpretación de música y cabe señalar que los músicos que realizan estas actividades también son oyentes. Los autores Lerdahl y Jackendoff le asignan a esta actividad auditiva una capacidad cognitiva. El desarrollo descrito de actividades desde la Psicología de la Música tiene entonces como objetivo contribuir al sostenimiento de pacientes en hemodiálisis.

Características básicas del tratamiento médico y de hemodiálisis crónica

“Los riñones sanos se ocupan de limpiar la sangre y eliminan el líquido en exceso en forma de orina. También producen hormonas que el cuerpo necesita para algunas funciones importantes. La persona que tiene insuficiencia renal necesita tratamiento para reemplazar algunas de las tareas importantes que hacen sus riñones. Los tratamientos para la insuficiencia

renal son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de riñón y se deben realizar en un centro especializado que sigan las normas establecidas para estos”. (National Kidney Foundation , 2007)

Como señalan publicaciones de Fresenius Medical Care Argentina, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) constituye un problema de salud pública cada vez más importante debido a la incidencia y su prevalencia creciente en el mundo. El desarrollo de la diálisis como técnica en la actualidad sustenta la vida más de dos millones trescientas mil personas en todo el mundo. En el camino recorrido para llegar a los enormes avances en la disponibilidad de nuevos materiales, los factores médicos, políticos y financieros influyeron en la expansión de esta técnica. (www.freseniusmedicalcare.com.ar)

La IRC es la pérdida gradual e irreversible de la función renal, cuyo grado de afectación se determina por el filtrado glomerular o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente

Al perder los riñones la capacidad para eliminar los desechos corporales del cuerpo, producir la orina y conservar los electrolitos en sangre, se produce la acumulación de las sustancias nitrogenadas en sangre, mayormente urea y sus derivados y se observa también una elevación de la creatinina plasmática . Esta situación se evalúa mediante exámenes de sangre. Esto determina la presencia de uremia o el llamado síndrome urémico.

Las características básicas del tratamiento de hemodiálisis se desarrollan en este ítem de la tesis, basadas en consultas al Manual de Nefrología (Lorenzo Sellares V, Torres Ramírez A, Hernández Marrero D, Ayus J.) y de las entrevistas con el Director médico del Centro de Diálisis Dr. Carlos Casas (comunicaciones personales)

La función renal se encuentra para estos casos reducida, ya que la unidad funcional básica del riñón (nefronas) se encuentran disminuidas, y si bien se presenta un deterioro funcional de los riñones, la situación es funcional durante un tiempo (meses) pero se presenta un empeoramiento progresivo en ese tiempo.

Si esta disfunción se mantiene, se puede desarrollar una IRC. Es importante decir aquí que si esta progresión continúa, la insuficiencia renal llega a provocar la muerte del paciente, sino se reemplaza la función renal eliminando las sustancias tóxicas del cuerpo.

El estadio final de la evolución de la insuficiencia renal se manifiesta por una afectación de varios órganos a causa de la retención de sustancias, las alteraciones hormonales, los cambios metabólicos y los trastornos en el equilibrio de iones. El síndrome urémico es grave, y antes de que se empleara el tratamiento con diálisis y el trasplante, su aparición significaba una muerte a corto plazo, generalmente a consecuencia de problemas cardiovasculares.

El surgimiento del tratamiento de hemodiálisis tiene su origen en dos conceptos: que la pérdida de la función renal determina la acumulación de sustancias normalmente excretadas lo que lleva a la muerte del individuo y que esas sustancias deben ser eliminada de la sangre y los tejidos.

Si bien la hemodiálisis es un enorme avance desde la química, la física y la fisiología, el cambio de vida del paciente es tan intenso en el aspecto físico, como en el psíquico y social. El abordaje integral y los cuidados específicos deberán conjugarse en el tratamiento. El avance tecnológico tendrá que estar en estrecha relación con la atención integral al paciente, donde la relación con los profesionales, el seguimiento, la confianza y la seguridad transmitida sean parte de la atención.

Este problema clínico no es curado sino solo atenuado es una sustitución extracorpórea de la función renal. Como modalidad terapéutica es necesario tener muy en claro los resultados que se quieren obtener. El paciente es un sujeto con un órgano artificial y no existen un órgano o un aparato artificial que no condicione de manera más o menos directa las funciones de los otros órganos y aparatos. En este procedimiento el riñón artificial no se debe interpretar por sí solo sino en un sistema funcional nuevo constituido de interacciones. Entonces, cuando los riñones no funcionan y no pueden liberarse los productos residuales del organismo y el líquido extra en la sangre, se realiza este tratamiento del que existen tres modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante.

Hemodiálisis

El paciente de hemodiálisis cursa un tratamiento que consta básicamente de la conexión a la máquina de diálisis tres veces por semana, en un tiempo que va de 4 a 5 horas por conexión, a tal fin se realiza una pequeña intervención quirúrgica en el brazo para implantar una fistula. Esto constituye un acceso vascular permanente al torrente sanguíneo. En este proceso, la sangre es filtrada a través de las membranas de un dializador de la forma que lo harían los riñones si estuvieran funcionando correctamente.

Las características básicas del tratamiento médico y de hemodiálisis crónica comprenden, entre otras indicaciones: la restricción en la ingesta de líquidos, la dieta alimentaria, la conexión al dializador por periodos de 4 a 5 hs, en cada sesión, tres veces por semana, etc. Las mismas traen consecuencias en la vida del paciente, por ejemplo: cambios en la vida recreativa social y familiar, problemas económicos que acompañan el cumplimiento del tratamiento con incapacidad o pérdida del empleo, deterioro del estado general, cambios en la imagen corporal, la esperanza remota de recibir un trasplante lo que genera un factor tensionante adicional, y la amenaza de muerte o la muerte real vista en otros pacientes que comparten la sala entre otros.

En el procedimiento de hemodiálisis la sangre del paciente es impulsada externamente a través de un dispositivo filtrante (el dializador) y una vez depurada, restituida al sistema vascular., en el procedimiento de hemodiálisis la sangre del paciente es impulsada externamente a través de un dispositivo filtrante (el dializador) y una vez depurada, restituida al sistema vascular.

Se trata de un procedimiento de circulación extracorpórea a través de este filtro, impulsado y controlado por un equipo especial. El dispositivo filtrante comprende un manajo de pequeñísimos tubos de espesor similar al cabello humano (tubos capilares), por cuyo interior circula la sangre. La pared de estos tubos es una delgada membrana filtrante sintética, cuya estructura posee diminutos poros que permiten el paso de las toxinas y agua en exceso, sin permitir la pérdida de proteínas y componentes vitales de la sangre. Por el exterior de estos tubos circula una solución de sales en agua que remueven el material filtrado y contribuyen a equilibrar el balance iónico del paciente. El procedimiento se realiza mediante el “equipo de diálisis”, máquina que comprende una bomba impulsora de la sangre y dispositivos de programación, monitoreo y control que permiten fijar los parámetros del tratamiento con la confiabilidad y seguridad requeridas. Durante el tratamiento se administra la medicación necesaria, como por ejemplo la heparina que evita la coagulación de la sangre cuando entra en contacto con todos estos elementos del circuito extraños al cuerpo.

Las características básicas del tratamiento de hemodiálisis se desarrollan en este ítem de la tesis, basada en consultas al sitio web de Fresenius Medical Care Argentina. www.freseniusmedicalcare.com.ar

La insuficiente adhesión al tratamiento, es uno de los problemas mayores para el tratamiento de hemodiálisis, (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004), ya que genera graves consecuencias como desnutrición o malnutrición, enfermedad de huesos, problemas cardíacos, neuropatía y la muerte (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). Esta adherencia tiene como actor principal al paciente (Amigo, Fernández & Pérez, 2003),

Las evaluaciones de adhesión, toman como variables el incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos y restricción de líquidos (Khechane & Mwaba, 2004) y el cumplimiento con la medicación que es estimado por los niveles de potasio y fosfato en suero en pre diálisis, (Hailey & Moss, 2000). Se toma además como indicador de no cumplimiento ***faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis*** como los criterios de no adhesión (Khechane & Mwaba, 2004; Hailey & Moss, 2000).

La escasa adhesión compromete gravemente la efectividad del proceso integro de hemodiálisis, y genera costos adicionales a la enfermedad que repercuten en todo el sistema de salud.

Las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Alvarez-Ude , en su trabajo Hemodiálisis: Evolución histórica y consideraciones generales, del año 2001, realiza un detallado informe acerca de la historicidad del proceso del tratamiento de hemodiálisis. Se lee allí que el tiempo de conexión ha sido una variable crucial en las discusiones y avances para esta modalidad de tratamiento. Según Alvarez Ude, cita, el Dr Scribner ya en 1965 notó que un tipo de toxinas (que nunca pudo aislar pero si bautizó con el nombre de moléculas medianas) provocaban la polineuritis y que si bien difundían a través de

la membrana peritoneal que tiene poros de mayor diámetro y que permitían el paso de moléculas de entre 500 y 5000 daltons no difundían a través de las membranas cuprofán por lo que concluyó en que debían superar el peso de 500 daltons. De esta teoría surgió la teoría del índice de diálisis o del metro cuadrado/hora. Esta teoría sostiene que no solo se debe tener en cuenta la superficie del dializador, sino también las horas de diálisis ya que estas moléculas medianas se difundían muy lentamente y las sesiones deberían tener mayor duración. La eficacia de la depuración tendría incidencia directa en los tiempos necesarios de conexión para la depuración. Estos desarrollos han devenido en transformaciones donde los aspectos técnicos del procedimiento, el incremento de la superficie del dializador, el aumento del flujo sanguíneo y el tiempo han jugado en muchas variantes sobre la modalidad de hemodiálisis. En general estas técnicas apuntan a mejorar la calidad de la diálisis y si es posible, reducir el tiempo de dialización.

La diálisis de larga duración, en cambio, es aquella cuyas sesiones duran más de 4 horas. Presentándose casos también de modalidad diaria.

“La hemodiálisis convencional, es decir tres sesiones de unas 4 horas por semana y con membrana de flujo bajo, es el régimen más extensamente utilizado en el tratamiento dialítico de la uremia. Sin embargo tiene limitaciones obvias, a pesar del progreso alcanzado en la tecnología de la que disponemos. Su carácter intermitente hace que sea un procedimiento considerado como no fisiológico.

Por otra parte, en el mejor de los casos su eficacia depurativa no alcanza más allá del 15-20% de la función renal normal. Las guías internacionales basan sus recomendaciones de diálisis adecuada en la pauta de tres sesiones por semana; (...).... Las guías americanas y europeas 2, 3 establecen el objetivo de hemodiálisis adecuada administrada de sKtV 1,2 ó 1,4, respectivamente, para una rutina de tres sesiones por semana. Las guías europeas incluyen otros

critérios, como uma duração mínima de hemodiálise de 4 horas, aún habiendo alcanzado el KtV con menos tiempo. Asimismo hacen referencia a la posibilidad de prolongar el tiempo de diálisis (hemodiálisis larga) o aumentar la frecuencia (hemodiálisis diaria).” (Barroso S., 2007)

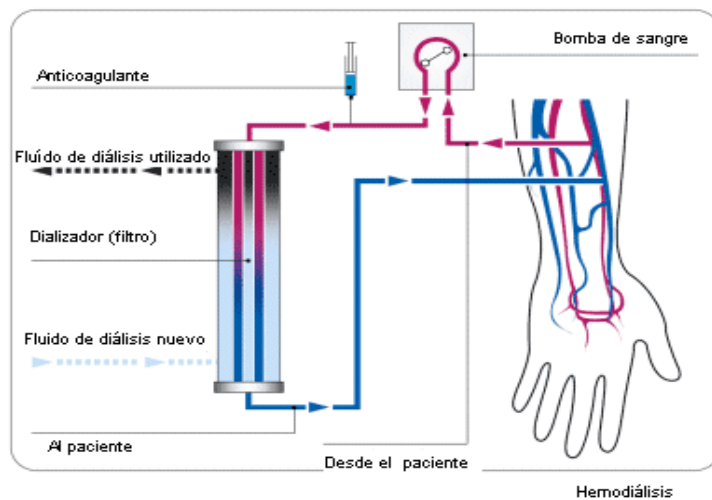


Gráfico: <http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/Paginas/Tratamientos.aspx>

Los planteos médicos esenciales para la optimización del tratamiento ponen en discusión el “tiempo” de dialización como una variable crítica a la hora optimizarlo, en pos de lograr mayor tasa de supervivencia para estos pacientes.

El tiempo de dialización como variable

La capacidad para percibir y responder al tiempo es una tarea mental compleja, al igual que atender a lo que pasa y pensar en tareas de resolución de problemas. Esto se conjuga por factores internos de nuestro organismo y externos del medio.

Diferentes perspectivas intentan explicar el tiempo, como vivencia humana. Los desarrollos desde las neurociencias, hacen referencia a procesos fisiológicos, bioquímicos y morfológicos en vertebrados que se manifiesta en ritmos biológicos. Estos ritmos son denominados

circadianos y serían quienes indican la existencia de procesos capaces de medir el tiempo con gran precisión.

“.....en los mamíferos la glándula pineal es un componente muy importante del sistema circádico, que junto con el núcleo supraquiasmático forma un asa de retroalimentación neuroendocrina. Esta asa participa principalmente en la sincronización del supraquiasmático a la luz y en el acoplamiento de diversos osciladores circadianos. En la sincronización a la luz la pineal participa como modulador de la sensibilidad del supraquiasmático a los estímulos que codifican la iluminación ambiental, la inhibición de la secreción de melatonina por la exposición a pulsos de luz podría permitir la adecuada transmisión en la vía retino-hipotalámica. En el acoplamiento la melatonina y otras hormonas producidas por la pineal, transmiten la fase del ciclo circadiano a todo el organismo, que en caso particular de los osciladores circadianos ubicados en el supraquiasmático les permiten funcionar como un reloj circadiano coherente” ((Aguilar, R. Guadarrama, R. Mercado, C. Chavez, J. 2004)

Morgado Bernal sostiene que los receptores perceptuales especializados posibilitan esta construcción cognitiva, sin embargo, nuestra percepción subjetiva del tiempo depende de la situación emocional en la que nos encontremos. Según este autor la percepción subjetiva que tenemos del tiempo es influenciada por factores internos y externos. “El tiempo vuela cuando lo estamos pasando bien” expresa, sin embargo “se nos hace eterno cuando llevamos una carga pesada encima y sobre todo, cuando estamos en peligro”.

Para Morgado Bernal la clave de esto se encuentra en los diferentes sentidos, pues el tiempo que percibimos tiene que ver con ellos; y el sistema auditivo es el sistema sensorial con más especialización y capacidad para percibir el tiempo.

“Nuestra capacidad para formar recuerdos es otro componente esencial de la percepción del tiempo, pues la memoria es siempre necesaria para medirlo. Todo ello nos hace pensar que en el cerebro humano no existe un único reloj biológico que marque el tiempo subjetivo, sino quizá diferentes relojes que incluso pueden no estar sincronizados en muchas partes del mismo que han sido involucradas en la percepción del tiempo. Entre ellas podemos citar, además de las cortezas auditiva y visual, la corteza prefrontal, los ganglios basales e incluso el cerebelo. Una amplia red de neuronas podría estar entonces implicada en la percepción subjetiva del tiempo” (Morgado, 2012)

Otra obra destacada que aborda la temporalidad, es la del autor Eugene Minkowski: *El tiempo vivido* (1973), donde presenta el tema como una síntesis entre dinamismo y estabilidad. Esto se expresa por medio de fenómenos estructurales –figuras temporales– en los que el tiempo vivido se encuentra contenido.

Un ejemplo de estos fenómenos estructurales es el recuerdo, ya que acopia el pasado, el deseo y la esperanza y se emplaza hacia la renovación del futuro e instaura el contexto general de la temporalidad de ese sujeto.

Es a la vez el tiempo, desarrollo y creación personal y vejez y muerte por otra parte.

No se puede separar el tiempo del observador, tampoco se podría objetivar ni racionalizar. Minkowski sostiene que si quisiéramos pensar el tiempo desde ese lugar, caeríamos en una contradicción, ya que presenta una paradoja de lo diacrónico y lo sincrónico, lo que avanza y lo que pasa.

La situación específica del tiempo de dialización, se cruza con el tiempo de expectativa de vida de los pacientes. La experiencia de cercanía de la muerte, en ámbitos de este tratamiento, es algo habitual.

Desde que se le propone al paciente la diálisis como tratamiento surgen temores ligados a la muerte y ansiedades ligadas ante el duelo por el fin de la vida. En este sentido cabe destacar el trabajo de los autores Elisabeth Kübler Ross y Raymond Moody son precursores en desarrollos acerca de cuidados a moribundos y las posibilidades de elaboración del miedo a la muerte.

Según estos autores, en nuestra sociedad la muerte casi no se piensa, preferentemente no se habla, es un hecho que se oculta, incluso en las instituciones de salud, se quita evidencia en los fallecimientos, para que las personas cercanas, o personas que están allí en general, no se sientan mal.

La muerte es un fenómeno único, irrepetible e intransferible en la que converge la existencia de la persona y deberíamos considerar en nuestra sociedad procesos que posibiliten cambios de actitud hacia la muerte y el morir.

En el ámbito de sala de hemodiálisis, esta situación se ve exacerbada y lo que requiere el abordaje de aceptación emocional y elaboración del miedo a la muerte.

“A pesar de los avances tecnológicos, la mortalidad sigue siendo alta. Así, en la última década, la duración de vida esperada en los pacientes de 49 años con IRCT en tratamiento sustitutivo en EEUU es de 7 años adicionales, en tanto que una persona de la misma edad de la población general se espera que viva aproximadamente 30 años más” (Alvarez-Ude, F. 2001)

Contexto de este trabajo

Es un objetivo central de este trabajo, abordar esta variable crítica desde la Psicología de la música, para comenzar a trazar un lineamiento de sujeto bio-psico-social, aunando los abordajes al cuerpo y a la mente del paciente conectado a la máquina de hemodiálisis.

Este tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente con insuficiencia renal, sin embargo, produce efectos adversos que afectan la dimensión física y

psicológica del paciente. Estas características traen como consecuencia el comportamiento de no adhesión al tratamiento que se manifiesta de diversas formas. Es de interés para este trabajo el sostenimiento en el tiempo de dialización, sustentado en que una de las maneras de no adhesión manifestado es faltar a las sesiones o solicitar la reducción de las sesiones de hemodiálisis.

Los desarrollos de los autores referidos a la percepción del tiempo en general, se ven cruzados en este trabajo por la percepción de la experiencia del tiempo de dialización.

Las circunstancias específicas que ejercen las percepciones del individuo acerca de su funcionamiento psicológico y social, son otro de los pilares de esta investigación.

Aspectos psicológicos del paciente renal

En cuanto a las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, se encuentran la depresión y la ansiedad (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003), y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población (Gil et al., 2003). Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh- Rifkin & Stoner, 2005).

“La enfermedad es sinónimo de fracaso de los mecanismos de adaptación, físicos, psíquicos, sociales y cuando una persona cae enferma ello comporta una ruptura con la normal actividad que realiza en su vida . El hecho de "caer enfermo" supone dos sentimientos muy característicos: por un lado el temor de la gravedad de lo que está pasando y por otro lado la idea de incapacidad, porque el hombre se ve privado bruscamente de las potencialidades

conseguidas hasta el momento de la aparición de la enfermedad. La misma desarma la vida del paciente”.(Ocaña E, XI Congreso Argentino de Nefrología)

Si bien la insuficiencia renal crónica presenta las características generales de los padecimientos crónicos, diversos estudios delinear particularidades a las manifestaciones psicológicas de la población de pacientes en hemodiálisis. Los estresores fisiológicos y psicosociales específicos del tratamiento constituyen características inminentemente adversas para este tratamiento en particular (Mok y Tam 2001)

La situación de diálisis configura una situación de dependencia y de alto impacto en su imagen corporal e introduce vivencias de daño y temores. Esto puede influir en la organización del mundo y de la vida que ha sostenido hasta ese momento. La enfermedad es el equivalente al proceso psíquico de un duelo, que tiene que ver con las pérdidas y por ello, puede plantearse desde el punto de vista psicoanalítico con el contacto con la castración.

Por una parte, el abordaje psicológico busca las alternativas posibles para influir y aliviar los síntomas que conlleva el tratamiento, teniendo en cuenta que en este procedimiento existe un incremento del estado ansioso habitual, con movimientos corporales limitados por la posición semiacostada. En primera instancia los objetivos de este trabajo de tesis se perfilan en la búsqueda de lograr el mayor grado de relajación posible. La incorporación entonces de actividades con música en este sentido, con audición de selecciones musicales de tipo relajante-caliente fue estudiada con efectos positivos para el logro de este objetivo (Verdes Moreiras , María del Carmen , Fernández de Juan ,Teresa. Revista cubana de Psicología, Vol11, N° 1, 1994)

En el caso de la sala de hemodiálisis, la pérdida de la salud evoca una situación de peligro del mundo exterior, cruzada por la herida narcisística que suscita la dependencia y el riesgo de vida. En el paciente, en su cuerpo enfermo no es solamente que el riñón que no funciona sino

que se plantea toda una resignificación acerca de quién es. Quién es ahora el para sí mismo y quién es ahora para los demás. El sujeto ahora castrado, enfermo queda enfrentado a su mayor vulnerabilidad. La conciencia de su finitud, la proximidad de su muerte, lo enfrenta a un duelo cierto que lo deja en carne viva y que lo confronta a su elaboración.

Respecto de la posibilidad cercana de su propia muerte, Elizabeth Kubler Ross (1973), es autora del constructo conocido como las cinco etapas de duelo, en dónde describe un proceso donde las personas afrontan una tragedia, como diagnósticos de enfermedades terminales, o pérdidas catastróficas en general.

La negación, como primera instancia del proceso se caracteriza por ser una defensa temporal, donde no se asume la situación. Consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad

La segunda instancia es la ira, una vez que reconoce que la negación no puede continuar. La ira y la envidia invaden al sujeto cruzado por cuestionamientos acerca de lo injusto que es que esa circunstancia le pase a él o por qué le sucede.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo

La autora denomina como negociación a la siguiente etapa. Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor. Supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual. La negociación por una vida extendida es realizada usualmente con un poder superior a cambio de una posibilidad de vida

reformada, o si bien comienza el entendimiento de la amenaza cierta de muerte, se negocia poder tener más tiempo de vida.

La depresión como cuarta etapa del duelo según la autora no debe ser considerada como sinónimo de enfermedad mental en otros contextos, sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas. Sentir esta depresión es la manera de salir de ella. Es caracterizada por un sentimiento de vacío y de profundo dolor, esto conlleva un agotamiento físico y mental que puede llevar a dormir largas horas. En esta etapa el paciente se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

El final del proceso del duelo, en el planteo de Kubler Ross, es la aceptación. En esta etapa llega la comprensión de que la muerte está acercándose, que no se puede luchar contra esa realidad y que es mejor prepararse para ello. Puede darse la circunstancia de lo que los pacientes quieran estar solos. Esta etapa también ha sido descripta como el fin de la lucha contra la muerte. Se llega a una aceptación del acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso permite reflexionar sobre el sentido de la vida así como la expectativa de la vida a partir de ahora

Estas cinco etapas del proceso del duelo refieren al transcurso de las personas que lidian con tragedias. Conocerlas permite brindar mejores tratamientos y abordajes a las personas que están transitando una enfermedad fatal.

Dicha enfermedad por la intensidad de la carga, del estímulo, desborda el aparato. El psiquismo no tiene los recursos para simbolizar, procesar eso que irrumpe y en ese caso entra en crisis. Es un proceso invasivo: invade todos los aspectos de la vida de esa persona.

René K aes en su artículo de 1984 “Etayage et structuration du Psychisme” presenta una hipótesis original: la del apuntalamiento múltiple. El psiquismo, desarrolla este autor, se apunala en tres diferentes lugares: el cuerpo, en el otro, (el vínculo) y en lo social (en relación con las transmisiones, con los legados: la cultura)

La frustración que tiene que darse en dosis tolerables para el psiquismo para que algo de la confianza, sea posible. Cuando esa frustración no es catastrófica y no hay un derrumbe emocional, la persona los ir  asimilando y eventualmente desarrollando recursos. Las diferencias personales tendrán incidencia en los procesos individuales de asimilación y tramitación de la enfermedad. En virtud de la constitución e historicidad personal, algunas personas tienen más posibilidades de construir nuevos apuntalamientos del yo. (K aes, 1984)

Esto resulta relevante para pensar las posibilidades y consecuencias de una estrategia de acción en pacientes con altos niveles de frustración y de pérdida, como los pacientes dializados.

De las comunicaciones personales con la dirección y equipo médico del centro de diálisis surgen expresiones referidas a que el impacto de la enfermedad de insuficiencia crónica terminal en sala de hemodiálisis, si bien afecta los apuntalamientos del yo en general, tiene el mayor impacto en el cuerpo debido a las características de éste tratamiento.

La noción de imagen del cuerpo fue concebida con gran incidencia en la teoría psicoanalítica, por Paul Schilder. Desde la fenomenología fue desarrollada inicialmente en su trabajo “*La imagen del cuerpo: estudio de las fuerzas constitutivas de la psique*” ya en 1935. Ahí define por imagen del cuerpo a una representación consciente e inconsciente de la posición del cuerpo en el espacio, dotándola de una substancial función de soporte fisiológica, estructura libidinal y significación social para el sujeto. Este autor define la imagen corporal como “la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo” (Schilder, 1935 p. 15) es la representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la

forma en que éste, se nos aparece. Cuando se altera la imagen del cuerpo, se desorganizan otros sistemas emocionales ligados: el yo en el sentido freudiano en primer lugar. La imagen psicológica del cuerpo se ve impactada.

La capacidad de procesar el tiempo es un proceso que también se verá desorganizado, tal lo describe Minkowski (1973) en los estudios clínicos sobre estados depresivos, donde expresa que la dinámica del tiempo vivido se pierde en la mecanización propia del melancólico. Esta situación impacta al paciente que pierde la construcción de un futuro que es lo que ordena su vida.

Ramón Bayés (2007), sostiene que gestionar el tiempo interior, es decir, el que apreciamos subjetivamente, es algo muy importante para conseguir bienestar. El tiempo que percibimos no siempre coincide con el deseado.

A veces queremos que corra y en muchas ocasiones desearíamos detenerlo. Conocer sus características y razonar sobre los factores que determinan el tiempo subjetivo puede ayudarnos a equiparar el tiempo que sentimos con el esperado, o a modificar nuestro sentimiento para adaptarlo al tiempo objetivo, al que marcan los relojes. Cuando no es así se disparan los sistemas emocionales del cerebro y si ello perdura se genera un estado de estrés que perjudica nuestra salud. Controlar nuestros tiempos o, por lo menos, tener la sensación de que los controlamos, es un factor clave del bienestar somático y mental de las personas.

Respecto del cuerpo, como señalamos antes, el paciente de hemodiálisis debe someterse a un tratamiento invasivo y de carácter restrictivo y su estilo de vida se ve enormemente sometido a cambios, lo que afecta su confianza en si mismo, todo esto cruzado por la constante experiencia de cercanía de la muerte. (Lubkin, 1998).

“El paciente sometido a tratamiento hemodialítico no sólo está afectado de un determinado órgano del cuerpo; sino que es el cuerpo mismo como medio de expresión con el mundo, sin

poder separar las partes sanas . Se ve sometido a permanentes pérdidas. La intensidad de la crisis emocional que sobreviene dependerá por un lado de la modalidad del comienzo del tratamiento de la enfermedad y de los mitos y creencias que este conlleva ” (Rita Macchi - Perinot, “Familia y equipo asistencial, Actualidad psicológica”, N 173,2004, pp 14-15.)

Estas situaciones extremas, generan en el enfermo renal conflictos e inseguridades, que empeoran el pronóstico y su calidad de vida. La depresión y la ansiedad son aquellas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida de estos pacientes (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003), y repercuten en las tasas de mortalidad. (Gil et al., 2003). También la hostilidad y la ira dirigidas al personal son expresiones frecuentes de los pacientes como respuesta a las limitaciones de la enfermedad y el tratamiento. (HershRifkin & Stoner, 2005).

Los estudios nos revelan más aspectos de la vida de los pacientes sabiendo hoy en día, que las relaciones de pareja son una variable que impacta en la percepción de la calidad de vida del propio paciente, hallándose diferencias significativas entre la percepción de varones y de mujeres hemodializados. Las mujeres presentan más afectada su calidad de vida en cuanto a la interferencia surgida de la imposibilidad de realizar sus actividades habituales y el dolor. (Arenas et al., 2004), las diferencias se relacionan primordialmente a la ansiedad y depresión observada más frecuentemente en mujeres (Fernández et al., 2005).

Otras variables que se han vinculado a la percepción de calidad de vida para este tratamiento en particular son la edad, (Álvarez-Ude, 2001; Martín et al., 2004) y el nivel de educación (Nin Ferrari, 2001).

Las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, se encuentran la depresión y la ansiedad (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003), y existe evidencia de que

estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población (Gil et al., 2003). Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh- Rifkin & Stoner, 2005).

Roberta Gorischnik, psicóloga del Centro de Diálisis, manifiesta que si bien la entrega al cuidador en el inicio del tratamiento es necesaria, el sostenimiento de estos roles pueden converger en conductas tiránicas, hostilidad, enojo e irritabilidad desde el paciente hacia los profesionales.

El sentido de carencia de control sobre el régimen del tratamiento es un aspecto relevante de la situación. La dependencia a la máquina, la visión acotada de la sala y las restricciones severas en cuanto a movilidad y el tiempo de conexión son relatadas con frustración en las entrevistas a los pacientes donde se indaga acerca de sus percepciones de la experiencia. (Comunicación personal).

Desde los avances científicos entonces, sabemos que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis viven esa experiencia con una marcada reacción emocional. El tipo de emoción y su intensidad depende de los recursos de afrontamiento de cada persona. Los problemas psicológicos que surgen pueden ser de diversos tipos, siendo los más frecuentes los relacionados con el estado de ánimo (desánimo y depresión) y los problemas asociados a la ansiedad.

La depresión es considerada por los autores como el problema psicológico más habitual en los pacientes de hemodiálisis. Y la depresión con frecuencia va acompañada de ansiedad expresada como miedo o preocupación.

El paciente en hemodiálisis queda enfrentado a su mayor vulnerabilidad: la conciencia de su finitud, la proximidad de su muerte. Esta situación lo lleva a un duelo y lo confronta a su elaboración.

El cuerpo es otra de las dimensiones que sufre alteraciones por el proceso de dialización. En este sentido, cuando se alterado modifica la imagen del cuerpo, se desorganizan otros sistemas emocionales ligados: el yo en el sentido freudiano, la imagen psicológica del cuerpo y la capacidad de procesar el tiempo.

En síntesis entonces, el paciente de hemodiálisis sostiene su vida sometándose a un tratamiento invasivo y de carácter restrictivo. El estilo de vida que llevaba antes de dializarse sufre cambios que se manifiestan psicológicamente. La depresión y ansiedad son las que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida de las personas en éste tratamiento (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003) y repercuten en las tasas de mortalidad de esta población (Gil et al., 2003).

Por otra parte, la experiencia de cercanía de muerte es constante (Lubkin, 1998) y todos estos factores se constituyen en uno de los problemas mayores que impactan en la adhesión al tratamiento. (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004). La adhesión insuficiente genera graves consecuencias como desnutrición, enfermedad de huesos, problemas cardíacos, neuropatía y la muerte. (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Existe coincidencia en determinar en la adherencia como actor principal, al paciente (Amigo, Fernández & Pérez, 2003) y se mide con las siguientes variables: incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos- estimado en niveles de potasio y fosfato en suero pre diálisis-, restricción de líquidos (Khechane & Mwaba, 2004) y el no cumplimiento como indicador se

mide en *faltas o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis* como los criterios de no adhesión (Khechane & Mwaba, 2004; Hailey & Moss, 2000).

Esta tesis intenta aportar al sostenimiento de los pacientes en hemodiálisis mediante la mejora de la experiencia de la vivencia del tiempo vivido aportando de esta forma a la adhesión al tratamiento.

El lenguaje musical como alternativa de expresión durante hemodiálisis.

La música puede ser escuchada en grupo, sin embargo, no deja de ser una experiencia individual. Los sentimientos que moviliza pueden ser distintos para cada persona. La música es un lenguaje con sus normas, y como tal puede abordarse de manera sistematizada.

“Al considerar las relaciones prospectivas entre la música y el pensamiento evolutivo es necesario articular claramente a qué nos referimos cuando usamos el término ‘música’. Las investigaciones antropológicas, y crecientemente, cognitivas y neurocientíficas, sugieren que el término posee una aplicabilidad amplia que va más allá de las concepciones convencionales de la música como mero entretenimiento. A través de las culturas, la música se presenta activa, interactiva e inserta en un rango amplio de actividades sociales; parece ser un rasgo tan “normal” como el lenguaje en la interacción humana.” (Cross, I. 2010)

El signo musical

En esta plataforma específica de trabajo me posicionaré en el concepto triádico de Peirce acerca del signo donde el interpretante es fundamental como mediador entre el signo y el objeto, constituyendo a mi entender una concepción connotativa donde este signo musical será la representación de un objeto sonoro a través de la correlación entre un significante – como imagen representativa de un hecho sonoro- y un significado - contenido representativo de un significante- por la mediación de un interpretante

Me alejaré entonces de la relación diádica entre significante y significado que presenta Saussure en su definición de signo, ya que una concepción denotativa para esta experiencia no encuadra. Es fundamental para mí trabajo el interpretante como mediador entre el signo y el objeto.

En el inicio de este trabajo en la sala de hemodiálisis la escucha fue solo una nueva instancia como borde sonoro, y el escuchar, como registro perceptivo se constituyó en otra primeridad, como lo era estar en silencio antes de la escucha, ambas ocasiones de absoluta simpleza, una experiencia fundada en un nuevo sentir.

En ese momento solo una impresión sin tener en cuenta ningún detalle, sin intención analítica y sin involucrar pensamiento.

Para el tratamiento de hemodiálisis, y frente a la ansiedad que despierta el mismo, la utilización de música tiene como objetivo llevar alivio a los pacientes

Música de la vida cotidiana

El uso de la música en la vida privada y el estudio de este uso, no han sido exploradas suficientemente en relación a la constitución y la regulación del yo (De Nora, 2000). Los psicólogos de la música, en este sentido, han avanzado empíricamente.

Autores como Sloboda (1992), Neilly (1995), Crozier (1997) De Las Heras (1997) Harré (1998); Giddens (1991) acuerdan en posicionar a la música como un ingrediente activo en el cuidado del yo- entendiendo este cuidado como cuidado del sí, como reforzamiento de aspectos sanos y adaptados- y como un recurso o dispositivo a el que la gente acude a fin de regularse a sí mismo. Para lograr esta regulación se requiere un alto grado de reflexividad a las exigencias y demandas situacionales realizadas sobre ellos en y a través de de sus interacciones con los demás. Tal reflexividad también puede verse en relación con el rol de la música como un material de construcción de la propia identidad. También existen pruebas empíricas de los autores donde se manifiesta que si bien las prácticas más comunes en torno a la música están asociadas con la modulación y regulación de los niveles de humor y energía, también surge que la música se utiliza por las personas como un medio virtual de la auto-expresión, en donde la música es parte de la constitución reflexiva de ese estado; es un recurso para el trabajo de identificación de "saber cómo se siente" - un material de construcción de la subjetividad. Estudiar las formas de interacción sujeto-música es un planteo de este trabajo en pos de visualizar la música en acción y en vinculación en la regulación de estados emocionales y construcción del yo.

En esta línea de análisis, al proceso de expresiones verbales acerca de las escuchas de música de preferencia se suman expresiones de un análisis profundo de la situación que los pacientes viven en hemodiálisis. De las entrevistas realizadas durante esta tesis (Anexo 3) surgen expresiones que denotan que los pacientes no solamente tienen ideas aisladas sino que son plenamente conscientes de la situación del tratamiento, y que pueden “pensar sus pensamientos” muchas veces reprimidos en el seno familiar por cuestiones de no preocupar a sus familiares. La reflexividad en este sentido, se ve asociada a una situación de introspección,

y en el momento de trabajo con música de preferencia se denota una particular atención de los pacientes a sus estados emocionales.

Sumado a esto, la inteligencia musical, desarrollada por Howard Gardner, se posiciona como la capacidad para percibir y expresarse a través de las diferentes formas musicales. Distinguir y utilizar de manera adecuada el tono, el timbre y el ritmo de una melodía son acciones que se enlazan a esa capacidad.

Josefa Moreno, en su artículo *Psicología de la Música y emoción musical*, sostiene que la música nos ayuda en nuestro desarrollo psíquico y emocional, proporcionándonos el equilibrio necesario para alcanzar un nivel adecuado de bienestar. Escuchar y “hacer” música desarrolla la sensibilidad, la creatividad y la capacidad de abstracción y nos propicia a descubrir nuestro propio mundo interior, la comunicación con “el otro” o “los otros” y la captación y apreciación del mundo que nos rodea, sostiene la autora.

“Cada emoción nos predispone de un modo diferente a la acción. Nuestras decisiones y acciones, dependen tanto (y a veces más) de nuestros sentimientos, como de nuestros pensamientos. En nuestra vida cotidiana encontramos múltiples acontecimientos que han sido provocados por conductas agresivas debidas al descontrol de los impulsos, de las emociones en definitiva. La música, ya sea mediante el comportamiento de interpretación, de escucha o de composición, si ésta es adecuada, nos conduce a una re armonización del estado de ánimo y de los sentimientos.

Para expresar y/o controlar las emociones, la música nos brinda unos recursos y procedimientos que sería conveniente tuviésemos en cuenta: La estrecha relación existente entre un determinado estado de ánimo y su expresión exterior, es lo que nos permite actuar sobre las emociones con la música. También sucede que se va formando así mismo un

mecanismo de feed-back (o retroalimentación), en el que no solamente el estado de ánimo produce una expresión emocional, sino que a su vez esta expresión tiende a despertar o mantener el estado de ánimo” (Moreno, J. 2003)

DeNora sostiene que la música es un instigador y a la vez un contenedor de sentimiento, y que la historia personal de prácticas y procesos emocionales se identifican y se expresan en vinculación a la música. Ésta se configura a través de tiempo, ya que, es un medio temporal En consecuencia esas expresiones emocionales, por medio de la música, se establecen en tiempo real, La música que está asociada con la experiencia pasada era, dentro de esa experiencia, escuchada a través del tiempo. Y cuando se trata de música que está asociada con un momento particular y un espacio particular proporciona un dispositivo para desplegar, para reproducir de nuevo, la estructura temporal de ese momento.

La música puede, por lo tanto, ser vista para servir como un contenedor para la estructura temporal de las circunstancias pasadas.

De este modo puede señalarse que las estructuras musicales pueden configurar una cuadrícula o gramática de las estructuras temporales. Esta vinculación se da por la vinculación de esas estructuras temporales de patrones emocionales que el sujeto ha experimentado originalmente, y que, llegó a ser significativo para esa persona, en relación a la música.

Entonces, respecto de nuestra investigación, podemos hipotetizar que la música elegida por los pacientes en la sala permite la puesta en palabras, emoción, recuerdos o fantasías asociadas a esa escucha que los involucra.

Este ejercicio es parte de un trabajo de articulación consciente de sí mismo. La utilización de la música elegida como un nuevo recurso, propende a descubrir nuevas alternativas y

promoviendo la elección y reflexión de nuevas maneras de realizar lo que habitualmente realizan en períodos de conexión a la máquina de hemodiálisis.

Por otra parte, cabe destacar también que la música en la sala de hemodiálisis también cumple la función de bloquear los otros sonidos. El nuevo ambiente sonoro producido ayuda a los pacientes a producir el enfoque que necesitan para pensar, sentir y expresar.

La vinculación del paciente, con ese algo que es expresado tan cercano a ellos mismos, se constituye en elemento para que puedan expresarse de manera protegida, para hablar de sí mismos, desarrollando también posibilidades alternativas de expresión, las que vinculadas a la audición de música promueven formas de decirse. (Silberstein F., Apuntes del seminario Psicología del Arte)

Los temas musicales elegidos se configuran como plantillas para trabajar el sentido del yo, para que los pacientes se encuentren a sí mismos en esas estructuras musicales donde se descubren plasmadas sus historia sonora, generada desde la vida intrauterina, lugar de origen, entorno sonoro y vivencias, posibilitando un acceso a la historia personal y a esa construcción subjetiva que es única.

En tal sentido nuestro propósito es que en las instancias donde los pacientes son posicionados como oyentes por las actividades propuestas en sala, los fragmentos musicales permitan que evoquen experiencias de su vida y que verbalicen a partir de ello anécdotas y recuerdos. Por otra parte las letras de las canciones que eligen, describen emociones personales que les son difíciles de contar de otra manera.

Sin embargo, es importante recordar que la música, como lenguaje analógico, involucra otras sensaciones, que no son descriptas por las palabras.

“El aparato vivencial permite pues una percepción sensorial de pensamientos, la comprensión de climas afectivos, y el tono de muchas ideas puntuales sucesivas. Es un proceso de mentalización de la acción motora que organiza procesos de simbolización de nuestra relación con el mundo” (Silberstein F., Apuntes de Seminario Psicología del Arte)

Los pacientes desde este lugar tienen un primer contacto con la música que ellos eligen en la sala, y esta primera actividad se constituye en un recurso mucho más valioso del que podemos pensar o describir a priori.

En esta “comunicación extraordinaria”, sin mediar palabras pero absolutamente parlante, la vida emocional del paciente se exterioriza en la sala, no porque el paciente pueda narrarla, sino porque en esa vivencia, el sujeto se siente contado, de una manera esencial.

W.Jay Dowling en su obra “Procedural and declarative knowledge in music cognition and education” sostiene que una persona que escucha música, usa una variedad de procesos a los que denomina “cognición musical” y de las relaciones que establece entre ellos los vincula a la cognición humana en un sentido más amplio, además sostiene que cuando una persona escucha una obra musical, es una situación compleja psicológicamente, pero que probablemente el auditor, consciente o inconscientemente “siga” patrones sonoros de algún nivel estructural y que tenga “expectativas vinculadas a eventos próximos a la obra”.

Además Dowling dice que es posible que mientras el auditor tiene esas expectativas en la obra que está escuchando y pueda comprender los patrones musicales, también genere respuestas emocionales.

El paciente podría reconstruir su historia y el lugar que en la misma tiene la enfermedad, no solo a través de la palabra.

Defez i Martín, expresa que el lenguaje verbal, sin duda, es pobre en términos emotivos, pero éste no es el único problema. Su deficiencia obedecería a algo más profundo y radical: dada su intrínseca generalidad, las palabras son ambiguas e indeterminadas. La música, por el contrario, gozaría del privilegio de poder expresar de manera clara, precisa y determinada cualquier sentimiento y emoción. Y así, no es que la música exprese sentimientos o emociones demasiado indefinidas, sino sentimientos y emociones demasiado definidos como para ser expresados verbalmente

De este modo, en la organización de nuestro trabajo con los pacientes intentamos que las actividades en la sala se formulen de manera que posibiliten alternativas de expresión, las que vinculadas a la audición de música promueven formas de decirse. Mediante elección de temas de preferencia, se promueven expresiones de la vida de los pacientes, comenzando los caminos para personificar mediante las historias de vida a cada uno de ellos. Se comparten experiencias, anécdotas. Se instalan temáticas de interés y se construyen relatos con la participación de los pacientes de cada grupo.

Se utiliza música de su preferencia para provocar esas expresiones cargadas de afectividad.

“Michel Serres, filósofo francés decía en Le Monde “en ciencias humanas surgieron tendencias, que al acentuar la influencia del lenguaje engendraron subestimación. En beneficio de una sobre valoración del lenguaje se perdieron otros parámetros, otros registros. Se ha hecho imprescindible volver a otras dimensiones de lo real, otros modelos de objeto en los que el lenguaje vuelva a ser instrumento y no el objeto. El lenguaje es el medio no es el fin” (...)

Como dice Amdré Green vivimos encadenamientos donde palabra, emoción, cuerpo, historia, vínculo arman una red. Esa red es el mundo humano, no las palabras (...)(citado por Fiorini, El psiquismo creador,1995)

El paciente como oyente aculturado

El paciente puede interactuar con la música y sus elementos constitutivos. Los autores Lerdahl y Jackendoff le asignan a la audición de música, una capacidad cognitiva. Un oyente aculturado según estos autores, puede no haber estudiado música y poseer conocimientos musicales inconscientes -intuición musical- que son los que les permiten como auditor, organizar y dar coherencia a la escucha, o sea comprender un tema del “idioma musical” La cultura brinda los estímulos ambientales que determinan esta circunstancia.

La inclusión de las actividades con música es desarrolladas en base a las competencias musicales de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Stefani define la “competencia musical”, como “el saber, el saber hacer y el saber comunicar” que se actualiza cuando se viven experiencias musicales: la competencia musical es la "capacidad de producir sentido mediante y/o en torno a la música”.

En un posicionamiento más activo de los pacientes vistos como oyentes aculturados y en base a sus competencias musicales los movimientos, expresiones y ejecuciones corporales relacionadas a las estructuras de la música con participación del cuerpo son orientadas a disminuir el impacto que genera la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal y tienden a rescatar los aspectos sanos del paciente.

Se desarrollan la expresión y la creatividad conteniendo al paciente en la crisis planteada por el sentido de pérdida, para sostenerlos emocionalmente y como desarrollo de posibilidades alternativas, como intento de que los pacientes hallen formas de decirse e integrarse grupalmente.

El desarrollo y aplicación de las competencias musicales derivadas de la intuición musical facilitan innumerables posibilidades de expresión: trabajar utilizando la voz, el cuerpo y los

instrumentos musicales. En esta prueba específica los desarrollos se dan desde la escucha musical.

En el camino trazado para este recorrido de tesis, desde el signo musical, para luego trabajar su dimensión intersubjetiva intérprete-auditor y auditores entre sí y cruzarlo con las habilidades que los pacientes como oyentes aculturados. Para la prueba se establece un nuevo posicionamiento para ellos, como pensamiento interpretador, convirtiendo esa primeridad en terceridad en una nueva designación y tratando de hallar la relación cognitiva entre objeto y signo, se diseñan actividades para que los pacientes hallen la relación con el objeto como el signo está relacionado a él.(ver actividades propuestas para la prueba, Anexo punto 1)

La temporalidad de la Música

Aspectos psicológicos

Benjamín Lee Whorf sostiene que el pensamiento es determinado lingüísticamente que no solo tiene implicaciones culturales sino con niveles inconscientes. En este análisis confronta una conciencia no espacial y una conciencia espacial, donde los parlantes de cada cultura piensan en este sentido, desarrollando una idea de “mente masificada” en donde los conceptos de tiempo y materia no vienen dados por la percepción sino por el lenguaje. Halla una relación entre la lengua y la cultura y reacciones de comportamiento de la sociedad que la habla.

Tomando el lenguaje como posible en toda persona normal, como inconsciente*, cada base sistemática que la persona consulta para expresar ideas, que han sido formuladas en el pensamiento pero el pensamiento no depende de lo lingüístico sino de la lógica y la razón que, Whorf sostiene, forman un “fondo de experiencia” asociado a la lógica natural que no es universal a todos los lenguajes ni subyace a un razonamiento común.

En síntesis, el lenguaje como formador de ideas, guía de actividad mental utilizado para análisis de percepciones y como cúmulo mental, que es acordado con el grupo con el que vivimos y hablamos la misma lengua para organizar conceptos y otorgar significados, como un modo particular de interpretación.

“Vemos, escuchamos y obtenemos experiencia como lo hacemos, principalmente porque los hábitos lingüísticos de nuestra comunidad nos predisponen hacia ciertas clases de interpretación” Edward Sapir,

Imberty, haya correlaciones entre la narrativa lingüista y la temporalidad de la música. Específicamente sostiene que hay modos de la experiencia general que utilizamos para estructurar el tiempo de la música: la vivencia de un tiempo continuo y lineal, donde cada instancia obtiene sentido en relación a un evento que ha sucedido y la expectativa del evento que ha de venir y en otra modalidad, cada evento cobra significado per sé, en momentos aislados. (Imberty, 1981)

También sostiene que el primer modo de estructuración se correspondería a procesos análogos aplicados a la narración lingüística, donde la experiencia interior del tiempo pondría en juego en ambas circunstancias

A la vez estos modos de estructuración lingüística estarían implicados en la experiencia temporal humana en general.(Imberty, 1997, 2006).

* La gramática generativa de Noam Chomsky, es una de las teorías que explica el funcionamiento del lenguaje humano y sostiene la existencia de una estructura mental innata que permite la producción y comprensión de cualquier enunciado en cualquier idioma natural, posibilitando además que el proceso de adquisición y dominio del lenguaje hablado requiera muy poco input lingüístico para su correcto funcionamiento y se desarrolle de manera prácticamente automática .Esta competencia lingüística corresponde a la capacidad que tiene un hablante oyente idealizado para asociar sonidos y significados conforme a reglas inconscientes y automáticas.

Minkowski en su obra *El tiempo vivido*, afirma que el tiempo no puede ser abordado desde un punto de vista analítico. El fenómeno de la continuidad nos aproxima al espacio, porque se la vive como algo que se va haciendo y no como cosa hecha. Ambas instancias, para el autor, están en relación de unidad en el tiempo vivido de la persona y las distinciones entre lo que fluye y la sucesión vivida sería ficticia. La idea sería pensarlos entramados, pero no de duraciones distintas. En palabras del autor entre el devenir y el ser, entre el tiempo y el espacio, se escalonan en la vida fenómenos de orden espacio-temporal.

A esto Minkowski lo llama fenómenos intercalares que son los que nos indican por qué y cómo llega el pensamiento, de una forma completamente natural, a asimilar el tiempo al espacio: forman como dos escalones entre el tiempo y el espacio, a saber, la duración y la sucesión vividas, de una parte, y la continuidad vivida de otra.

Si bien para reconocer estas dos dimensiones es necesario un esfuerzo de abstracción, el posicionamiento de nuestras consideraciones no se encuentra en la forma particular que ordenamos esos escalones, sino en haber concebido que los escalones son dos.

El carácter temporal de la música sería percibido mediante algunos de los recursos de la experiencia temporal general de las personas.

Dada su característica de linealidad asociada a su transcurrir temporal, y que este modo de estructurar el tiempo está inserto en un modo de estructurar el tiempo en general que se conceptualiza en términos metafóricos, la música entonces puede comprenderse metafóricamente. (Lakoff y Jonson,)

Janata y Grafton sostienen que al escuchar música nos valemos del proceso metafórico entre diferentes dominios y empleamos el correspondiente a la experiencia corporal en la interpretación del significado musical. La experiencia que obtengamos en el contacto con la

música dependerá del modo en que la entendemos y el compromiso corporal a manera de capacidades sensorio-motoras está íntimamente ligado en este proceso. Tal como ya ha sido tratado por Minkowski y la fenomenología.

Juslin y Sloboda agregan que también está estrechamente vinculado con el desarrollo del dominio emocional.

La música vivida en la sala

La influencia de la música en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y el cuestionamiento acerca de si ésta tiene un potencial para disminuir el malestar de los pacientes en diálisis, es un tema abordado por varios autores en todo el mundo. Aliviar o reducir la ansiedad, la tensión e inquietud y sostenerlos más relajados durante la conexión a la máquina de hemodiálisis son los abordajes más frecuentes.

“Ante el cuadro psicológico que rodea esta enfermedad crónica el psicólogo debe buscar todas las alternativas posibles para influir y aliviar estos síntomas. Teniendo en cuenta que el momento del tratamiento lleva a un incremento de su estado ansioso habitual, y que el mismo requiere de una posición semiacostada, con movimientos limitados y donde el objetivo fundamental radicaría por lo tanto en desviarles su atención y mantenerlos en el mayor grado de relajación posible, se decidió incorporar por tanto un procedimiento musculoterapéutico de tipo pasivo; basado en la audición de selecciones musicales de tipo Relajante-Calmante.”
(Verdes Moreiras , María del Carmen , Fernández de Juan ,Teresa. Revista cubana de Psicología, Vol11, N° 1, 1994)

El interés específico para este trabajo de tesis es el de investigar los factores relevantes de la música para el sostenimiento del tiempo de conexión de los pacientes, temática que también está presente en estudios de investigación a nivel mundial.

Las líneas de investigación acerca del tema abordan investigar la influencia de la música preferida en el estado de ánimo y la estimación del tiempo de los sujetos que ejercen en un programa de rehabilitación cardíaca (Sterling K. MacNay, 1995)

Otros experimentos son acerca de la influencia de la musicoterapia en los factores de estrés percibidos y los niveles de ansiedad de los pacientes con hemodiálisis son desarrollados con resultados positivos a favor de aplicación de música en sala (Işin Cantekin & Mehtap Tan, 2012) (Kim KB 1, Lee MH , Sok SR AffiliationsTaehan Kanho Hakhoe chi 2006). Al igual que estudios, que exploraron el uso de la música durante la hemodiálisis (HD) como terapia complementaria para mejorar el bienestar general en pacientes de edad avanzada (Yen-Ju Lin, RN, Kuo-Cheng L, Ching-Min Chen, Chia-Chi Chang, 2011)

También existen estudios donde se ha probado que el trabajo con música ha disminuido el nivel de ansiedad de pacientes en diálisis (LIU Lei, 2009) y también los estados depresivos. Pacientes fueron evaluados por la escala de autodepresión (Zung SDS) mostraron mejoría de la depresión después de actividades con música en sala.

De esta forma se expresa que la música puede reducir la depresión en pacientes en HD. También se halla que la edad, el estado civil, el nivel educativo y la edad de la diálisis y el carácter de la enfermera y el conocimiento de la música pueden afectar el efecto de la música.(Zhong Haiying,Song Xiaoyu,Mo Shixiu, 2010)

Los resultados de los artículos en general referidos a la temática, sugieren que escuchar música preferida puede disminuir el esfuerzo percibido y aumentar el estado de ánimo positivo para sujetos en tratamiento de hemodiálisis.

Un experimento acerca del tiempo de retención de los fármacos, llega a la conclusión de que fue más largo (P 0,01). Con uso de música de fondo en la diálisis del colon puede aliviar

los síntomas y mejorar el efecto de la diálisis del colon (TAO Hong,XING Chun-guang, 2012)

Otro estudio muestra que los pacientes que escuchaban música no eran afectados por las alarmas dadas por la máquina durante la diálisis. El género musical utilizado en el estudio fue muy adecuado para los pacientes sometidos a diálisis, (Gross, B; Ketema Wassie, F ; Agnholt, Hanne ;Bjerre, R ; Laursen, Birgitte Schantz, 2010)

La terapia musical, puede reducir significativamente la depresión y mejorar la calidad de vida en los pacientes complicados con depresión, expresa como conclusión este experimento.(HE Xiu-qiong, 2013)

Otros tres estudios demostraron un cambio estadísticamente significativo en los niveles de ansiedad post-prueba en los pacientes que fueron encuestados después de la audición de música que fue reproducida durante sus sesiones de diálisis.(Cavenagh,J, 2016)

En un estudio abocado a investigar las diferencias de niveles de ansiedad inducida experimentalmente por sujetos que no escuchan música (n = 30), sujetos que escuchan música seleccionada por el experimentador del género preferido o del artista) y los sujetos que escuchan una canción específica que enumeraron como relajante (n = 30), no hubo diferencias significativas entre los 2 grupos de música en los niveles de ansiedad alcanzados. Sin embargo, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo sin control musical y ambos grupos de música en el nivel de ansiedad alcanzado por los sujetos. Los sujetos que escuchaban música, ambas canciones elegidas por el experimentador y las canciones seleccionadas por sujetos, mostraban significativamente menos ansiedad que los sujetos que no escuchaban música.(DeLoach, 2003)

La música es una intervención ideal para reducir la ansiedad y promover la relajación en pacientes críticamente enfermos que reciben apoyo mecánico ventilatorio, sostiene

Heiderscheit y Chlan Los ejemplos de casos ilustran la importancia y la necesidad de involucrar a un musicoterapeuta no sólo en evaluar las preferencias musicales de los pacientes, sino también para implementar un protocolo de escucha de música para manejar las necesidades variadas y desafiantes de los pacientes en el entorno de cuidados intensivos.(Heiderscheit,A, Chlan,L, Donley, K, 2011)

Condiciones de la experiencia realizada

Esta tesis de maestría incluye un diseño donde mi inserción en sala es desde el inicio de sesión, o sea, desde la punción- conexión a la máquina de diálisis. En ese momento, de máxima tensión, no se observan signos de actividad en pacientes. Esta postura corporal inicial es rígida, la atención está centrada en la conexión -mayormente realizada en uno de los brazos-. Durante el tiempo de tratamiento se mantienen estas características posturales de los pacientes, en mayor o menor grado de acuerdo a las diferencias personales.

Dadas estas circunstancias advertidas desde las primeras observaciones, el diseño de las actividades musicales ubicaron en las primeras instancias a los pacientes en un posicionamiento receptivo, con objetivo de relajación y creación de un ambiente sonoro, teniendo en cuenta la situación, para poco a poco ir proyectando actividades en un proceso cuidadoso en pos del logro de una participación más activa.

En el primer encuentro expliqué el espacio que se instalaba para trabajos con música en la sala. La adhesión a las actividades por parte de los pacientes fue contemplada en el diseño de manera tal que no se sintieran expuestos. Por otra parte la desinhibición también fue un proceso cuidado y estratégicamente diseñado. Mis intervenciones y conducción fueron de más a menos ya que cuando creció la participación de pacientes el dispositivo fue delineando

características grupales cruzadas por la creatividad y las particularidades personales. De esta forma la evaluación continua permitió construir actividades específicas que fueron retroalimentando el proceso.

En un inicio entonces, el diseño prevee un posicionamiento más pasivo y receptivo de los pacientes con música para escuchar. Luego las actividades fueron diseñadas para que gradualmente se diera más participación a los pacientes formulando actividades que apostaban a desinhibición vocal y corporal. El proceso en última instancia se desarrolló con elecciones de temas preferidos a los cuales se asociaron verbalizaciones de experiencias de vida, temores y situaciones emocionales.

Dado que algunos de los pacientes estaban gravemente enfermos, no siempre podían recordar toda la música que prefieren. Por lo tanto, en algunos casos específicos los objetivos se perfilaron para proveer su música preferida y ayudar a facilitar su experiencia de escuchar música

Para estos casos en particular, la comunicación con la familia me permitió comenzar a construir la colección particular de cada uno, a pesar de los desafíos de comunicación y los diversos estados de salud de los pacientes en la sala.

Desde el inicio el diseño de esta tesis se promueve que la eficacia del protocolo de la escucha de la música y el uso de la música por parte de los pacientes, tienen que ser cruzados por su voluntad y capacidad de utilizar el protocolo. Estas instancias son esenciales para que el paciente logre manejar su estrés y ansiedad.

Las audiciones de música del entorno cultural se utilizan para vincular a los pacientes con las mismas y lograr posibilidades de expresión, en el marco del carácter protector del arte.

En diferentes entrevistas se recabaron datos sobre la experiencia musical de cada uno y de sus preferencias. El otro objetivo de estas entrevistas fue la de construir mi relación con los pacientes y recabar información acerca de su identidad sonora.

Desde la implementación de la primera encuesta estructurada, aplicada con la finalidad de obtener una primera aproximación a la repercusión de las actividades con música en sala, los pacientes agregaron espontáneamente apreciaciones personales que aportaron y reorientaron la propuesta. Algunas alusiones fueron “la música me distrae”, “me saca de la situación en que estoy”, “porque en ese rato me olvido un poco” “me alegra” “me entretiene” “ese rato me transforma, paso alegre, mejor”, “me olvido de las desgracias”. Las manifestaciones que en mayor caso se presentaron fueron referidas al tiempo: “porque se pasa más rápido el tiempo” “porque se pasa el rato” “me hace pasar el tiempo”, “porque se pasa el tiempo”.

Estas respuestas orientaron el trabajo y el diseño experimental fue formulado en pos de obtener especificaciones de la experiencia de tiempo vivido durante la conexión a la máquina y las modificaciones producidas con las actividades propuestas desde la Psicología de la música para analizar luego las variables en cuanto a las distintas personalidades.

“La música es lenguaje del tiempo, es decir, nos aplica su tiempo a quienes la oímos. Es activa, fluyente, sin marcha atrás posible, discursiva y ordenada: su sentido nace por la ordenación de los sonidos” (Patxi del Campo,)

El objetivo de modificar la percepción del tiempo vivido de los pacientes durante los períodos de conexión al dializador es sostenerlos emocionalmente.

“...el tiempo de la música vivida, no el tiempo de la interpretación musical, no sería el tiempo de los objetos físicos –el tiempo del calendario o del cronómetro–, sino el de la instantaneidad efímera de lo que acontece y desaparece ante nosotros, un tiempo percibido en

profundidad o transversalmente, no longitudinalmente, un tiempo de retenciones y anticipaciones. Por ello el movimiento virtual que crea la música no es un movimiento para ser contemplado, sino para ser vivido, para abandonarse a él.” (Scruton)

Un proceso de entrevistas permanentes fue diseñado para aplicar a los pacientes. Las mismas las llevaban a cabo las técnicas de hemodiálisis y las respuestas de los pacientes dan cuenta de los desarrollos de autores hasta el momento: “me siento mejor, siempre me gustó escuchar música”, “me siento un poco mejor, uno se siente sin alteración, más tranquilo”

Luego de realizar intervenciones en sala con música de tipo relajante, sosteniendo actividades de relajación y respiración, este proceso prevé un nuevo posicionamiento más activo de los pacientes-vistos como oyentes aculturados-. En base a sus competencias musicales se diseñan actividades que impacten en los movimientos, expresiones y ejecuciones corporales relacionadas a las estructuras de la música. Actividades específicas con participación del cuerpo son orientadas a disminuir el impacto que genera la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal y destinadas a rescatar los aspectos sanos del paciente. (ver Anexo 1 Actividades específicas)

Ante la aplicación de una encuesta en el proceso, en el ítem: le gustaría que los encuentros de música sigan? Y si luego de los encuentros se sintieron mejor, igual o peor. Se obtiene estas respuestas contundentes de los pacientes: “Si, porque me entretienen muchísimo”, “sí, porque me gusta, me entretiene”, “sí, me hace olvidar un poco, es otra cosa”, “sí, me distrae, te saca de la situación en que estoy” “sí, porque me saca de la situación”, “sí, porque me distrae. Me olvido de las desgracias”, “sí, porque me entretiene”.

La construcción del diseño experimental tiene andamiaje en el proceso de indagación, intervención y diagnóstico en la sala de hemodiálisis. El procedimiento fue de instancia

dialéctica donde el contacto con la situación del tratamiento retroalimenta el diseño hasta concluir con el esquema del experimento.

Diseño experimental

El tiempo de dialización es una de las variables críticas en el tratamiento de hemodiálisis. El tiempo de música vivida, de la música que cada paciente ha elegido trae aparejada la duración vivida. Si bien la duración del tiempo reloj es idéntica para todos, la consideración de que el tiempo pasaría como “más rápido” como existencia de un tiempo autónomo del tiempo físico, formularía una vivencia paralela del tiempo de conexión, sustentada en la mejora de la experiencia del tratamiento en hemodiálisis.

El paciente podría así reconstruir su historia y el lugar que en la misma tiene la enfermedad, no sólo a través de la palabra sino a través del recurso de la experiencia de la audición de obras musicales seleccionadas por ellos.

La hipótesis

La música de la vida cotidiana, elegida por los pacientes, les ayuda durante el tiempo de dialización haciéndoles sentir que el tiempo de la misma resulta más breve y grato.

Muestra

15 pacientes del Centro de diálisis de C. del Uruguay, Entre Ríos, Argentina

La selección de los 15 pacientes fue bajo el criterio de designar azarosamente como sujetos a quienes ocuparan los mismos sillones seleccionados en sala de hemodiálisis en los diferentes turnos- 60 pacientes en total en este centro de diálisis-

Procedimiento

Parte A: Aplicación de una encuesta diseñada por el Prof. Silberstein a fin de tener idea del funcionamiento sobre la base de la esperanza, sociabilidad, actividad y actividades recreativas de cada paciente.***(1)

Parte B: Durante la hemodiálisis, la toma de tensión arterial es una actividad habitual que realizan las técnicas. En la primera muestra, las técnicas realizaron de manera normal dicha toma, luego de transcurridos 15 minutos preguntaron a los pacientes cuánto tiempo había pasado desde ese suceso.

Parte C: En una de los encuentros habituales para las actividades con música, los pacientes escucharon 15 minutos de la música elegida como estímulo de la prueba. Luego se les preguntó cuánto tiempo les parecía que habían escuchado música.

***El propósito de esta parte del estudio en la encuestas, fue relacionar los estilos de vida que presentan los pacientes en tratamiento de sustitución renal. Se realizó en pre test para con población general para valorar el entendimiento de las indagaciones. La efectividad fue del 90 % por lo que se estimó aplicarlo en sala. El grupo de estudio estaba constituido por una muestra de 15 pacientes del centro de diálisis. Para la valoración de los estilos de vida se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y de elección múltiple, que permitió una mejor determinación de información para su análisis. Se valoraron los siguientes datos: físicos, psicológicos, función social y rol emocional.

Estímulo

Se trabaja con música elegida por los pacientes de la siguiente manera: cada paciente eligió un tema preferido. Esto conformó un cd que fue puesto a consideración nuevamente de los pacientes para que puntúen cada tema que escuchaban en una escala de 1 a 10. Para la prueba se ordenaron para la audición los temas que obtuvieron mayor puntuación primero y en escala descendente aquellos que obtuvieron menor puntuación. Los más puntuados fueron ordenados como primeros para la escucha y así en orden decreciente hasta obtener los 15 minutos de música prescriptos por el procedimiento. Los temas musicales elegidos fueron: a) Bella morena, pasodoble- Rafael Rossi- b) La engañera, zamba - Los chalchaleros- c) Garganta con arena, tango- Cacho Castaña d) Kilometro 11, chamamé - Antonio Tarago Rós. (Anexo punto 2)

Tratamiento de datos

Parte A: Aplicación del cuestionario. (Anexo punto 3)

		<i>Siempre</i>	<i>En ocasiones</i>	<i>Casi nunca</i>
Pregunta 1	He practicado deportes muy activos			
Pregunta 2	Me gusta que me llamen por teléfono mis amigos			
Pregunta 3	Disfruto yendo a museos , exposiciones y festivales			
Pregunta 4	Me gusta caminar			
Pregunta 5	Desearía hacerme de más amigos			
Pregunta 6	Pequeñas situaciones de la vida diaria me hacen sentir bien			
Pregunta 7	Me siento solo con frecuencia			
Pregunta 8	Hay cosas de mi vida que me dan esperanza			
Pregunta 9	Disfruto viendo televisión			
Pregunta 10	Me gusta realizar mis cosas cuando estoy solo en casa			
Pregunta 11	Siento temor por mi futuro con frecuencia			
Pregunta 12	Me gustaría aprender / me gusta ejecutar un instrumento musical			
Pregunta 13	Me siento acompañado por gente a la que quiero			
Pregunta 14	Me gusta bailar			

El cuestionario presenta opciones de respuesta en escala Likert: siempre, en ocasiones, casi nunca, a consultas que reflejan aspectos de funcionamiento de los pacientes basados en factores presupuestos de sociabilidad, esperanza, actividades y recreación. Se construyó de tal forma de alternar los positivos como opuestos: para algunas respuestas es siempre, y para otras, (la 7 y la 11) es nunca

Resultados

A continuación exponemos los datos obtenidos en las respuestas al cuestionario administrado.

Datos obtenidos ordenados de mayor a menos de mayor a menor o de más a menos cantidad de respuestas consignadas como positivas.

I: Cantidad de respuestas positivas (incluyendo como positivas la 7 y la 11 con las opciones “nunca”)

II: Cantidad de respuestas imputables a “en ocasiones”

III: Cantidad de respuestas imputables a “casi nunca”

En la siguiente tabla inicial, se presenta un primer ordenamiento de las respuestas de los pacientes al cuestionario. El mismo se ordenó desde el paciente que tenía más respuestas positivas al que tenía menos. Luego, se asigna un número a cada paciente del 1 al 15 en este orden, y para representar esta tabla, de manera que su comprensión no fuera solo a través del análisis de los números, se diseña una representación donde las respuestas consideradas positivas estuviera consignadas con un tono de color más fuerte, las respuestas medias con un color de la misma gama pero más claro y para la tercera opción el más claro de los tonos. La idea es transmitir analógicamente usando tonos oscuros para posicionar una visión de los aspectos más positivos -con colores fuertes y los aspectos más endebles con colores más claros. Esto también permite tener una visión grupal de los aspectos relevantes en fortalezas y debilidades de cada uno de ellos.

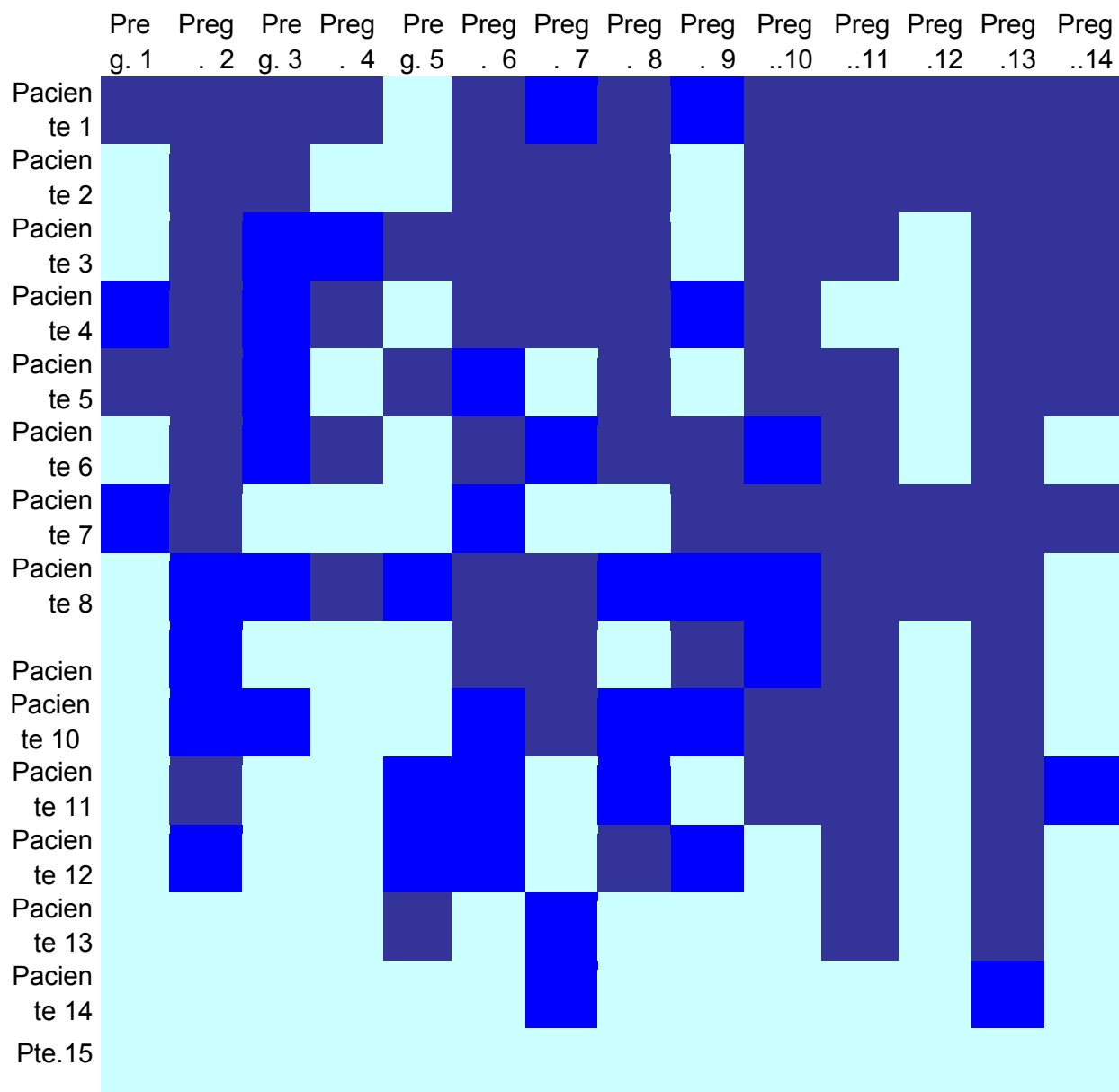
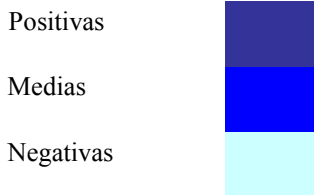
Tabla 1

Pacientes	I	II	III	Edad	Tiempo/tratamiento	Diagnóstico
1	11	2	1	68	8 años 2 meses	IRCT
2	10	0	4	74	4 años, 2 meses	IRCT
3	9	2	3	62	9 meses	IRC
4	8	3	3	33	4 años	IRCT
5	8	2	4	73	3 años	Neuropatía obstructiva por carcinoma de próstata de 7 años de evolución
6	7	3	4	32	2 años	IRCT
7	7	2	5		8 años, 6 meses	IRCT
8	6	6	2	36	1 año, 2 meses	IR
9	5	2	7	76	2 años, 1 mes	IRC
10	4	5	5		2 años, 2 meses	IRCT
11	4	4	6	42	2 años, 4 meses	IRCT
12	3	4	7		9 meses	IRC
13	3	1	10	77	10 años, 9 meses	IRC
14	0	2	12	68	1 año, 1 mes	IRC
15	0	0	14	56	9 meses	IRC

IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal, IRC: Insuficiencia Renal Crónica, IR: Insuficiencia Renal

Tabla 2

Referencias



Como ya he planteado, la idea es transmitir analógicamente usando tonos oscuros para posicionar una visión de los aspectos más positivos con colores fuertes y aspectos más endebles con colores más claros. Si bien se puede obtener una valoración personal siguiendo la lectura de cada paciente, también permite tener una visión grupal de los aspectos relevantes en fortalezas y debilidades de cada uno de ellos. Por ejemplo podemos analizar que el paciente designado con el número 6 no ha realizado deportes, no le gusta salir, suele sentirse solo, no le gusta realizar actividades cuando está solo en su casa, tampoco le gusta ejecutar instrumentos musicales, ni bailar. Es claro que no tiene fortalezas en las actividades corporales lo que denota que es inactivo en este aspecto- incluso para salir de su casa- y por otro lado suele sentirse solo.

Si ampliamos la mirada y leemos el cuadro a nivel grupal, podemos notar en este sentido que se perfilan como fortalezas en el grupo la actividad vinculada a comunicación con amigos, también como fortaleza en la parte superior de la tabla respuestas vinculadas a vivencias de los pacientes vinculadas cuestiones esperanzadoras de su vida cotidiana, valoración de pequeñas situaciones para el bienestar personal y no sentirse solos con frecuencia.

En mitad de tabla las fortalezas se perfilan a actividad en sus hogares, no sentir miedo sobre su futuro y pasatiempos como mirar televisión. Otra lectura que emerge en la prevalencia de fortaleza en todo el grupo respecto a sentirse acompañados por las personas que quieren.

Parte B: Percepción de 15 minutos sin actividades musicales

Durante la hemodiálisis, la toma de tensión arterial es una actividad habitual que realizan las técnicas. En esta instancia del experimento, las técnicas realizaron de manera normal dicha toma, luego de transcurridos 15 minutos ellas mismas preguntaron a los pacientes cuánto tiempo había pasado desde ese suceso.

Parte C: Percepción de 15 minutos con actividades musicales

En un encuentro habitual para las actividades con música, los pacientes trabajaron con 15 minutos de la música elegida como estímulo de la prueba. Las actividades se desarrollaron grupalmente en todos los casos y luego fueron aislados los resultados de los pacientes designados al azar para esta prueba. El volumen de la música fue lo suficientemente fuerte para sobrepasar los sonidos producidos por las máquinas, pero lo suficientemente equilibrado para no producir malestar en los pacientes. Luego de las actividades las técnicas les preguntaron a todos los pacientes de cada grupo cuánto tiempo les parecía que habían escuchado música. Luego se tomaron los pacientes seleccionados para la prueba. La intervención de las técnicas para recopilar las respuestas tiene como intención que no sean viciadas por respuestas complacientes hacia mí, como coordinadora del espacio. Por otra parte, como no se declaró en ningún momento que era un encuentro con finalidad de la

investigación, se tomaron datos a todos los pacientes de los grupos, aunque solo se utilizaron los 15 seleccionados, con la finalidad de no sumar incertidumbre acerca de las actividades y los datos requeridos.

Tabla 3

Pacientes	Edad	Percepción de 15 minutos actividades musicales sin	Percepción de 15 minutos actividades musicales con
1	68	10 minutos	8 minutos
2	74	15 minutos	10 o 12 minutos
3	62	½ o 1 hora	10 minutos
4	33	“hace un rato, ni sé”	10 minutos
5	73	½ hora	2 o 3 minutos
6	32	10 minutos	10 minutos
7		no sé, mi cabeza no da”	½ hora
8	36	Ni idea..1 hora	15 minutos
9	76	10 minutos	10 minutos
10		“ni idea”	15 minutos
11	42	1 hora	8 minutos
12		½ hora	15 minutos
13	77	10 minutos	½ hora
14	68	15 minutos	15 minutos
15	56	15 minutos	10 minutos

Este cuadro refleja los datos obtenidos acerca de las partes B y C de la prueba, involucrando percepciones de tiempos sin música en sala (parte B), o con actividades con música. (parte C). El ordenamiento numérico de los pacientes se mantiene según los datos originados en la aplicación del cuestionario.

La presunción de que la percepción de tiempo vivido en tiempos de dialización, con las actividades con música, iba a “pasar más rápido” se da en los pacientes 1, 2, 3, 5, 11,12 y 15. En otros pacientes no hay variaciones: paciente 6,9 y 14.

Es de destacar que cuatro de los pacientes contestan que no tienen idea del tiempo que ha transcurrido en la toma 1: pacientes 4, 7,8 y10, pero si pueden asignar un tiempo “medido” cuando escucharon música de su preferencia. Es más los pacientes 8 y 10 los 15 minutos medidos.

Este resultado podría ser un primer indicador de que la vivencia de tiempo en vinculación a actividades con música por un lado otorga la sensación de un pasar más rápido pero también organizaría la vivencia de la experiencia temporal medida tipo reloj en algunos pacientes que habían denotado en la primera parte de la prueba sin música, una desorganización de la vivencia temporal durante el tratamiento.

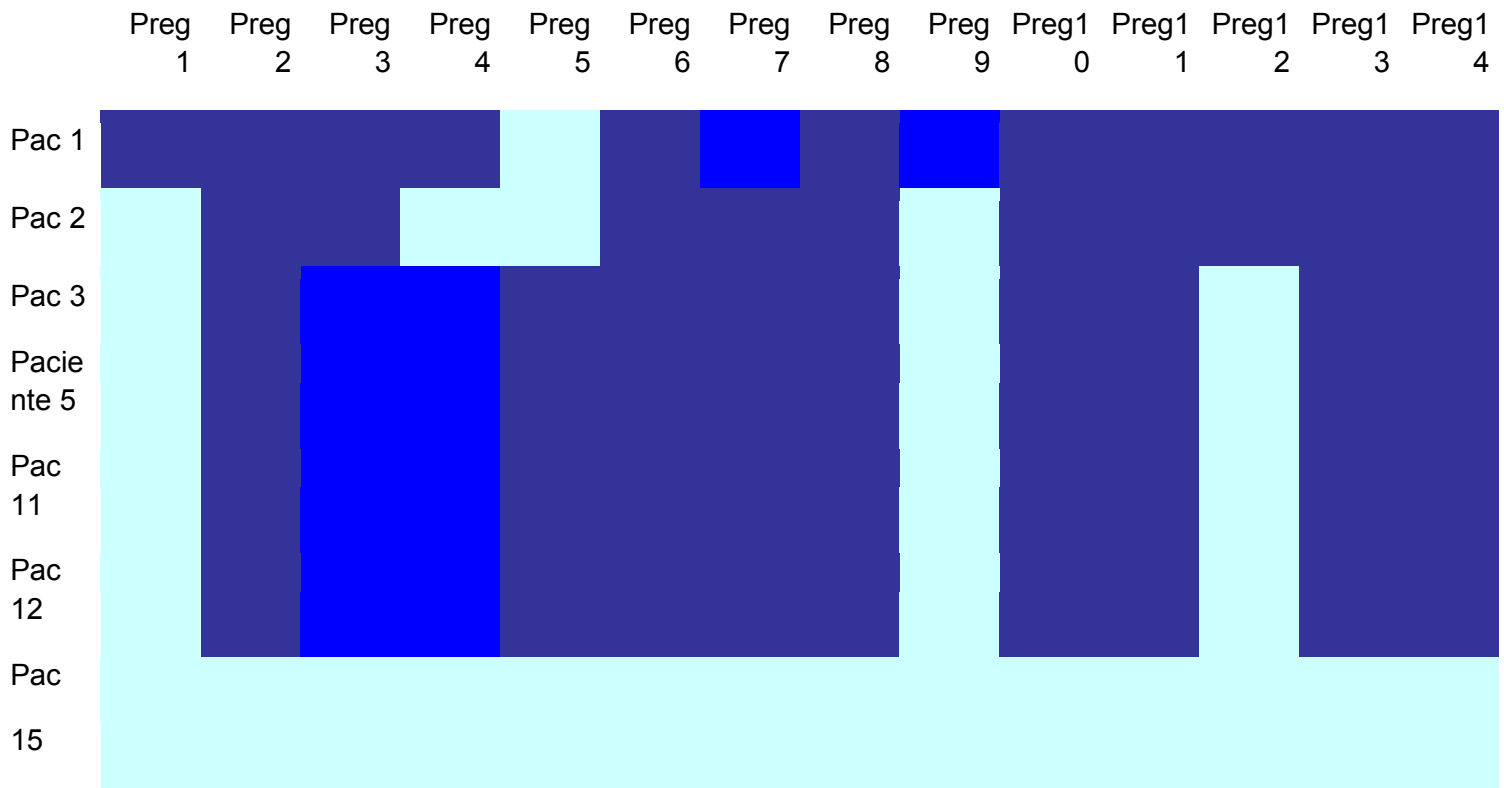
Tabla 4

Pacientes que percibieron el tiempo como “más rápido”

Pacientes	Percepción de 15 minutos sin actividades musicales	Percepción de 15 minutos con actividades musicales (audición)
1	10 minutos	8 minutos
2	15 minutos	10 o 12 minutos
3	½ o 1 hora	10 minutos
5	½ hora	2 o 3 minutos
11	1 hora	8 minutos
12	½ hora	15 minutos
15	15 minutos	10 minutos

En esta tabla se incluyen solo los pacientes que percibieron el tiempo con actividades con música en la etapa C como más rápido que el tiempo medido por el reloj. Luego la tabla siguiente marca la correlación con el cuestionario, para analizar, si los pacientes que percibieron el tiempo como más rápido en la prueba, son quienes tendrían más aspectos positivos de fortalezas en el cuestionario

Tabla 5



El análisis de esta tabla permite inferir que los aspectos de mayor fortaleza en los pacientes que percibieron el tiempo con actividades como más rápido están referidos a: socialización con amigos, apertura a hacerse de más amigos, posicionamiento activo para la realización de actividades en el hogar, no sienten temor sobre su futuro, se siente acompañados por las personas que quieren y les gusta bailar. También se presentan como aspectos de fortalezas, aunque en menor grado, las actividades de salidas, realizar caminatas, y no sentirse solos.

El paciente numerado como 15, sin embargo, no tiene aspectos que denoten fortalezas según el cuestionario, planteándose la duda acerca de si no tubo resistencia al responderlo, ya que en su totalidad es negativo. En las estimaciones de tiempos expresa una vivencia

temporal de 15 minutos para tiempos de dialización sin actividades con música y de 10 minutos para tiempos de dialización con actividades con música.

Análisis estadístico

La correspondencia numérica de los colores asignados a las respuestas al cuestionario para el tratamiento estadístico se designa de la siguiente forma:

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO

Positivas

1

Medias

0,5

Negativas

0

Tabla 6

	Preg unta 1	Preg unta 2	Preg unta 3	Preg unta 4	Preg unta 5	Preg unta 6	Preg unta 7	Preg unta 8	Preg unta 9	Preg unta 10	Preg unta 11	Preg unta 12	Preg unta 13	Preg unta 14
P 1	1	1	1	1	0	1	0,5	1	0,5	1	1	1	1	1
P 2	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
P 3	0	1	0,5	0,5	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
P 4	0,5	1	0,5	1	0	1	1	1	0,5	1	0	0	1	1
P 5	1	1	0,5	0	1	0,5	0	1	0	1	1	0	1	1
P 6	0	1	0,5	1	0	1	0,5	1	1	0,5	1	0	1	0
P 7	0,5	1	0	0	0	0,5	0	0	1	1	1	1	1	1
P 8	0	0,5	0,5	1	0,5	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1	0
P 9	0	0,5	0	0	0	1	1	0	1	0,5	1	0	1	0
P10	0	0,5	0,5	0	0	0,5	1	0,5	0,5	1	1	0	1	0
P11	0	1	0	0	0,5	0,5	0	0,5	0	1	1	0	1	0,5
P12	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	1	0,5	0	1	0	1	0
P13	0	0	0	0	1	0	0,5	0	0	0	1	0	1	0
P14	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0	0	0,5	0
P15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref. P: paciente

JI Cuadrado

Grupo I: pacientes con predominio de respuestas positivas marcadas con el color azul fuerte.

Características comunes:

Tiempo percibido sin música en minutos * Tiempo percibido con música en minutos

Tabla 7 Cross-tabulation

		Tiempo percibido con música en minutos			Total
		8	10	12	
Tiempo percibido sin música en minutos	10 Count	1	1	0	2
	Expected Count	,5	1,0	,5	2,0
	% of Total	25,0%	25,0%	,0%	50,0%
15	Count	0	0	1	1
	Expected Count	,3	,5	,3	1,0
	% of Total	,0%	,0%	25,0%	25,0%
60	Count	0	1	0	1
	Expected Count	,3	,5	,3	1,0
	% of Total	,0%	25,0%	,0%	25,0%
Total	Count	1	2	1	4
	Expected Count	1,0	2,0	1,0	4,0

Esta es una tabla de distribuciones bidimensionales acerca de las percepciones de tiempo con música y sin música. Se puede observar que de 10 minutos sin música se corresponde 1 percepción de 8 minutos con música y 1 de diez minutos con música. Para 15 minutos sin música se observa 1 percepción como 12 minutos con música. Se puede observar la verificación para todas las casillas.

El grupo II: es el que forman los pacientes que han percibido el tiempo como más rápido en espacio con música pero que han tenido respuestas al cuestionario con valores medios o negativos y han sido marcados con azules más tenues.

Grupo I vs Grupo 2 y diferencias entre los dos tiempos percibidos (tiempo sin música – tiempo con música)

Tabla 8 Grupo * Variación de la percepción Crosstabulation

			Variación de la percepción			Total
			Sin variación	Entre 1 y 15 minutos	Mayor a 15 minutos	
Grupo Predominio azul	Count	1	2	1	4	
	% of Total	11,1%	22,2%	11,1%	44,4%	
predominio azul claro	Count	2	2	1	5	
	% of Total	22,2%	22,2%	11,1%	55,6%	
Total	Count	3	4	2	9	
	% of Total	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%	

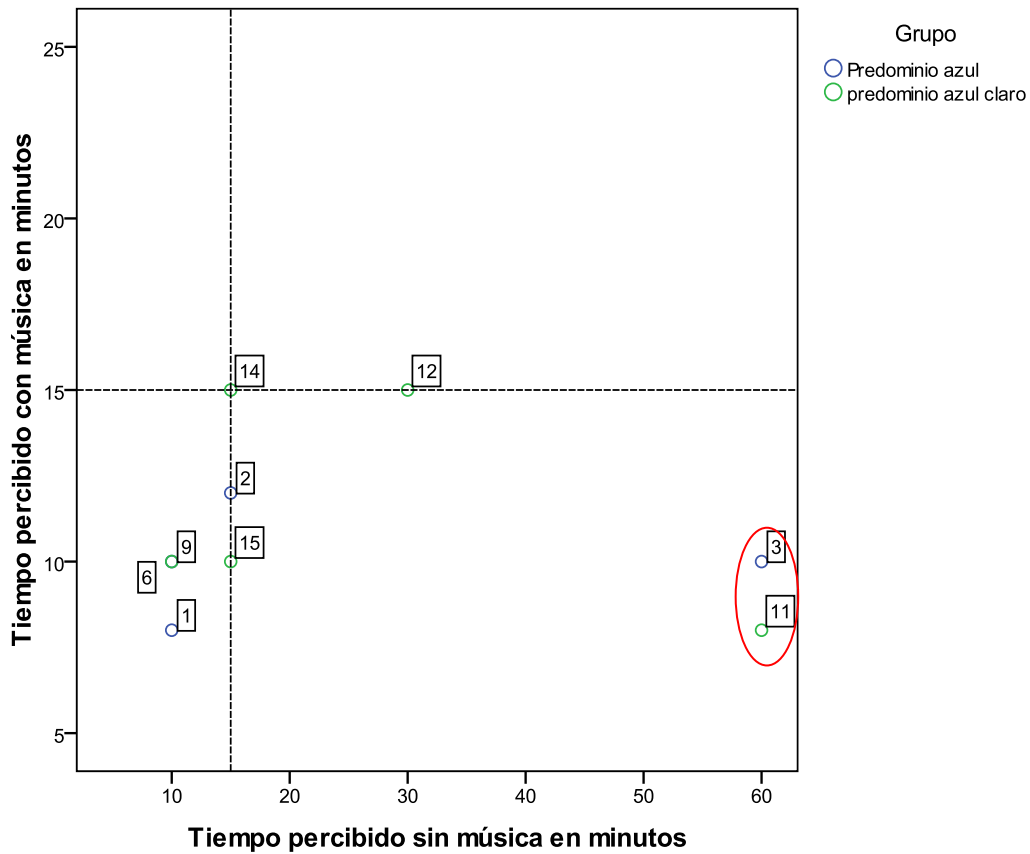
Los datos resultantes del análisis estadístico en esta instancia, indican que los pacientes que percibieron como menor el tiempo de dialización y que tienen respuestas positivas al cuestionario no presentan básicamente diferencias con quienes tienen respuestas negativas, excepto en que en la variación de percepción del tiempo como menor, en el segundo grupo de pacientes presentan dos sujetos sin variación en la percepción de tiempo, a diferencia del grupo con respuestas positivas que presenta solo 1 sujeto sin variación. A prima facie podríamos decir que hay un indicio de que quienes tienen mayores fortalezas en los aspectos medidos por el cuestionario pudieron variar su percepción positivamente vinculada a actividades con música en la experiencia de hemodiálisis.

Tabla 9

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,225 ^a	2	,894
Likelihood Ratio	,228	2	,892
Linear-by-Linear Association	,145	1	,703
N of Valid Cases	9		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,89.



En este cuadro se observa que para todos los casos (n=9) el tiempo percibido sin música es igual o superior al tiempo real de 15 minutos, independientemente del tipo de grupo al que corresponda el paciente.

Con respecto al tiempo percibido con música en todos los casos (n=9) el mismo es igual o inferior al tiempo real de 15 minutos.

Tabla 10

ESTADISTICOS: media, rango, moda, desviación típica y varianza.

	Percepción quince minutos sin música	Percepción quince minutos con música
N Válidos	12	15
Perdidos	5	2
Media	24,58	13,40
Mediana	15,00	10,00
Moda	10	10
Desv. típ.	18,397	7,500
Varianza	338,447	56,257
Rango	50	27
Mínimo	10	3
Máximo	60	30

Como se puede observar, en la aplicación de escucha musical, la media de percepción es muy inferior, pasando de 24,58 minutos sin música a 13,40 minutos con música. En ambos casos coincide que el valor de tiempo percibido más frecuente es de 10 minutos. También se ve una reducción del rango, o sea de la amplitud de valores en el caso de realizarse con música, el experimento tiene un rango de 27 minutos, en cambio sin música, el rango aumenta a 50 minutos. También se reducen la desviación típica y la varianza por lo cual podemos concluir que con la presencia de escucha de música elegida los intervalos son más estables en cuanto a amplitud y desviación respecto de los intervalos sin intervenciones con música.

Tabla 11

Percepción quince minutos sin música					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	4	23,5	33,3	33,3
	15	3	17,6	25,0	58,3
	30	3	17,6	25,0	83,3
	60	2	11,8	16,7	100,0
	Total	12	70,6	100,0	
Perdidos	Sistema	5	29,4		
Total		17	100,0		

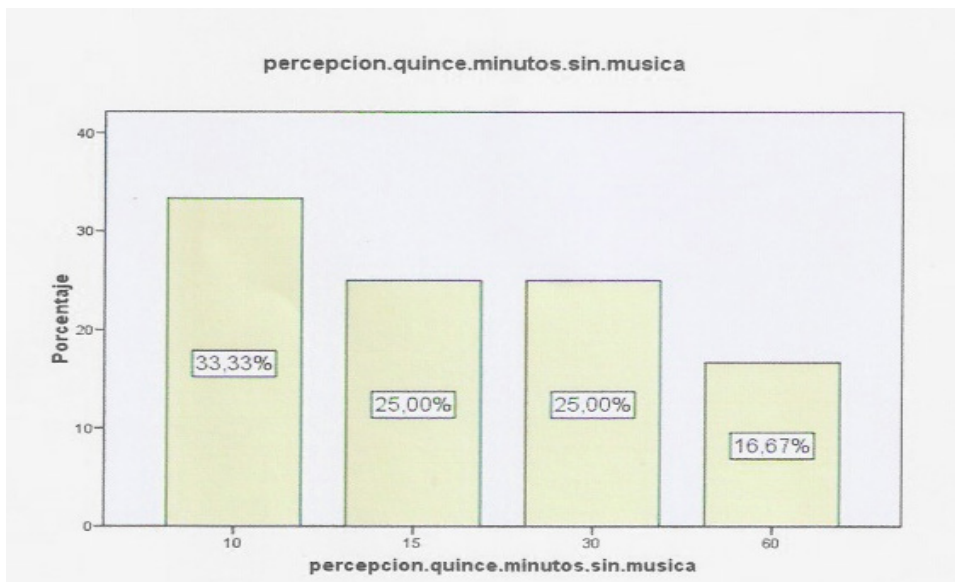
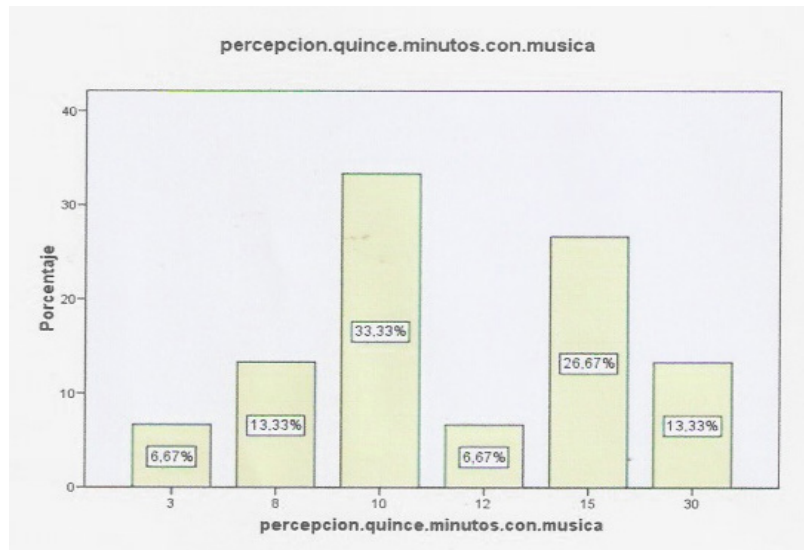


Tabla 12

Percepción quince minutos con música					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	1	5,9	6,7	6,7
	8	2	11,8	13,3	20,0
	10	5	29,4	33,3	53,3
	12	1	5,9	6,7	60,0
	15	4	23,5	26,7	86,7
	30	2	11,8	13,3	100,0
	Total	15	88,2	100,0	
Perdidos	Sistema	2	11,8		
Total		17	100,0		



En el cierre del análisis estadístico concluimos en que las percepciones de tiempo muestran diferencias entre los minutos en tratamiento de hemodiálisis cuando son tiempos sin música a cuando son tiempos con actividades con música de preferencia de la vida cotidiana.

Las percepciones acerca del tiempo vivido se delinear como de menor tiempo transcurrido cuando se miden las intervenciones con actividades con música.

Por otra parte quienes tienen respuestas positivas al cuestionario aplicado en esta investigación presentan diferencias en cuanto a la variación positiva en la percepción de tiempo entre ambas experiencias (tiempos sin música-tiempos con música)

De todos los casos que se han medido en este tratamiento estadístico, 9 de ellos fueron quienes han percibido el tiempo sin música como igual o superior al tiempo medido por reloj de 15 minutos. La media de la percepción del tiempo sin música en hemodiálisis pasa de 24,58 minutos sin música a 13,40 con música. También se ve una reducción de rango de 50 a 27 minutos, también reducción de desviación típica y varianza.

Estadísticamente podemos concluir en que los tiempos de actividades con música de preferencia de la vida cotidiana presentan intervalos más estables en cuanto a amplitud y desviación respecto a los tiempos sin intervenciones con música.

Discusión de los resultados

Este trabajo propone estudiar el tiempo vivido asociado a la escucha de música de la vida cotidiana con una población de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. El procedimiento hemodialítico es indispensable para la supervivencia del paciente con insuficiencia renal, sin embargo, produce efectos adversos que afectan su dimensión física y psicológica.

Los desarrollos de los autores referidos a la percepción del tiempo en general, se ven cruzados en esta tesis por la percepción de la experiencia del tiempo dialización, vinculado a la implementación de actividades con música, en sala de hemodiálisis.

En ese sentido, el abordaje de las circunstancias específicas que ejercen las percepciones del individuo acerca de su funcionamiento psicológico y social, son otro de los pilares de esta investigación

La primera aproximación al campo en esta tesis de maestría, tuvo como objetivo poder determinar una variable para abordar desde la Psicología de la música. Tener contacto con los avances de la modalidad de tratamiento médico entonces, fue una necesidad para este diseño. Los autores realizan planteos esenciales en ese sentido que ponen en discusión el tiempo de dialización como una de las variables críticas a la hora de optimizar el tratamiento y lograr mayor adhesión, y en consecuencia, mayor tasa de supervivencia para los pacientes.

El desafío para este trabajo, está constituido en cuanto fundar un abordaje que aúne cuerpo y mente del paciente conectado a la máquina para sostenerlo en tiempos de dialización.

En congruencia a esos avances, estudiar las formas de interacción sujeto-música es un planteo de este trabajo. La reflexividad de la situación del tratamiento se trabaja con actividades específicas que propenden a que los pacientes puedan expresarse en el marco protector de la música. Los temas elegidos se constituyen en un material de construcción de la propia identidad, y como medio para canalizar estados emocionales, regulación y construcción del yo.

En el transcurso de éste trabajo se alternaron instancias de contacto directo de los pacientes con espacios de actividades con música de su elección, con instancias de entrevistas y encuestas que por una parte dieron cuenta del impacto de las actividades con música y por otra, de los caminos a seguir en el diseño de las mismas.

En la aplicación de encuestas durante el proceso, ante la consulta acerca de la opinión de realizar encuentros individuales para trabajos con música de preferencia, se obtienen respuestas como “sí, porque uno se siente más tranquila sola y se pueden hacer más averiguaciones”

Los procesos emocionales tuvieron seguimiento por medio de estas encuestas. En las mismas se identifican y expresan la vinculación a la música con cada paciente. Aparece expresado cómo la música se configura a través de tiempo constituyendo una representación de

la propia experiencia del tiempo. La música entonces se despliega como medio temporal. Las respuestas también denotan que está asociada con las experiencias pasadas y que la escucha de música en la sala durante el tratamiento de hemodiálisis tal como señala Denora (2000) , proporciona un dispositivo para desplegar, para reproducir de nuevo la estructura temporal para ese momento.

Podemos decir entonces que música elegida por los pacientes en la sala permite la puesta en palabras, emoción, recuerdos o fantasías asociadas a esa escucha que los involucra. Y que éste ejercicio es parte de un trabajo de articulación consciente de si mismo. La utilización de la música elegida como un nuevo recurso, propende a descubrir nuevas alternativas y promoviendo la elección y reflexión de nuevas maneras de realizar lo que habitualmente hacen en períodos de conexión a la máquina de hemodiálisis.

Además Dowling dice que es posible que mientras el auditor tiene esas expectativas en la obra que está escuchando y pueda comprender los patrones musicales, también genere respuestas emocionales.

Los pacientes expresan durante las sesiones que han sentido tristeza, por encontrarse así y que la música alegre, les levanta el ánimo. En cuanto al tiempo, han expresado: “siento alegría porque se me pasa el rato”, “quiero que sigan los encuentros de trabajo con música porque ese rato me transforma, paso alegre, mejor”

De esta forma, la música de preferencia se utiliza en los pacientes para provocar esas expresiones cargadas de afectividad. Esa música, entonces, se configura a través del tiempo, ya que es un medio temporal.

Y es el tiempo de dialización como variable crítica la que determino en el diseño experimental de esta tesis, luego de tomar contacto con los avances de la modalidad del

tratamiento médico, donde si bien la no adhesión al tratamiento se manifiesta de diversas formas, faltar a las sesiones o solicitar la reducción de las sesiones de hemodiálisis son sucesos que impactan significativamente el riesgo de mortalidad. El aumento del riesgo de mortalidad es evidente, tanto en los pacientes que se ausentan una sesión como aquellos que no cumplen con todo el tiempo prescrito. La implementación de programas de mejora de calidad de vida ha modificado la conducta de pacientes salteadores de sesiones de diálisis (Gottlieb.E, Tessey.A, Tanús R, Hecker S, Díaz Fernández J, 2014)

Tomo contacto así con los fundamentos que delinea la perspectiva de Minkowski que en su obra *El tiempo vivido*. Este autor afirma que el tiempo no puede ser abordado desde un punto de vista analítico, en palabras del autor, “entre el devenir y el ser, entre el tiempo y el espacio, se escalonan en la vida fenómenos de orden espacio-temporal.” La complejidad de la escucha musical de temas de la vida cotidiana representativa para los pacientes, el espacio particular de tiempo de dialización y las circunstancias grupales se constituyen en el espacio temporal para abordar la vivencia de tiempo para esta población de pacientes.

Por otra parte, las líneas de investigación en todo el mundo acerca de la temática, abordan la influencia de la música preferida en el estado de ánimo y la estimación del tiempo de los sujetos (Sterling K. MacNay,1995), la influencia de la musicoterapia en los factores de estrés percibidos y niveles de ansiedad de los pacientes con hemodiálisis con resultados positivos a favor de aplicación de música en sala, y el uso de la música durante la hemodiálisis como terapia complementaria para mejorar el bienestar general en pacientes de edad avanzada (Işin Cantekin & Mehtap Tan, 2012; Kim KB 1 , Lee MH , Sok SR AffiliationsTaehan Kanho Hakhoe chi 2006;Yen-Ju Lin, RN, Kuo-Cheng L, Ching-Min Chen, Chia-Chi Chang, 2011) Además, se suman las perspectivas que posicionan a la terapia musical como posibilitadora de reducir significativamente la depresión y mejorar la calidad de vida en los pacientes en HD

complicados con depresión. (HE Xiu-qiong,, 2013) todo esto, validado por el hallazgo de un cambio estadísticamente significativo en los niveles de ansiedad post-prueba en los pacientes que fueron encuestados después de la música que fue durante sus sesiones.

Los resultados de estos artículos sugieren que tomar contacto con música preferida puede disminuir el esfuerzo percibido, aumentar el estado de ánimo positivo y disminuir las estimaciones de la duración del tiempo para sujetos en tratamiento de hemodiálisis.

Las expresiones de los pacientes de la prueba de esta tesis, dan cuenta de estos hallazgos: “ en ese rato me olvido y es lindo” “ los encuentros con música deben ser más seguidos, para pasar el rato” “siento alegría con la música en la sala porque me hace olvidar”, “quiero que los encuentros con música sigan porque se me pasa el tiempo”

La música es lenguaje del tiempo nos dice el autor Patxi del Campo, nos aplica su tiempo a quienes la oímos. Es activa, fluente, sin marcha atrás posible, discursiva y ordenada: su sentido nace por la ordenación de los sonidos.

Y en el sentido de estos avances de autores de todo el mundo, esta tesis logra demostrar uno de los objetivos centrales: modificar la percepción del tiempo vivido de los pacientes durante los períodos de dialización para sostenerlos emocionalmente. Se constituye entonces, por una parte, en una respuesta al tratamiento médico en cuanto se estipula el sostenimiento en tiempo como variable crítica. Por otro lado, la posibilidad de impactar en la gestión del tiempo interior, o sea, el tiempo subjetivo, es un avance alentador si se considera la vinculación entre percepción de tiempo y el bienestar de los pacientes en hemodiálisis.

“...el tiempo de la música vivida, no el tiempo de la interpretación musical, no sería el tiempo de los objetos físicos –el tiempo del calendario o del cronómetro-, sino el de la

instantaneidad efímera de lo que acontece y desaparece ante nosotros, un tiempo percibido en profundidad o transversalmente, no longitudinalmente, un tiempo de retenciones y anticipaciones. Por ello el movimiento virtual que crea la música no es un movimiento para ser contemplado, sino para ser vivido, para abandonarse a él.” (Scruton)

En síntesis, ha sido notorio el impacto que el tratamiento tiene en los pacientes. Esta implementación médica para sostenerlos con vida pareciera desordenar algunas percepciones. Una clara desorganización de los parámetros de su vida se evidencian en los registros de entrevistas donde se ha indagado acerca de la percepción de esta experiencia en particular asociada al tiempo vivido.

Como alternativa en la sala, en esos tiempos de dialización, la música se plantea como lenguaje no verbal artístico que plasma en el material sonoro un símbolo del tiempo que organiza su material según una trama esencialmente temporal, y es esa organización temporal de la música la que aportaría a sobrellevar y reorganizar la dualidad del tiempo que se estipula en la sala de hemodiálisis, desvinculado del tiempo reloj.

La aplicación resulta posible, basada en intuición de este lenguaje por parte de los pacientes conlleva la internalización de un tiempo impreso y establece una relación determinada en esta trama temporal que involucra el tiempo particular que cada paciente decodifica de acuerdo sus características personales.

Una vez constituida esta relación simultánea entre audición musical y características personales que perfilan la escucha, aportarían al problema del devenir temporal, entendiendo que el tiempo vivido no puede categorizarse ni analizarse sin un contexto que lo encuadre y que, sostener a los pacientes en el tiempo de conexión es la variable crítica de este tratamiento. A partir de allí, la consideración de sus posibilidades y capacidades en pos de un proceso de alivio emocional de las tensiones angustiosas despertadas por este tratamiento de hemodiálisis.

En esta tesis se estudia ese marco musical desde una concepción de calidad de tiempo transcurrido vinculado a la variable de la música elegida.

Entonces, la vinculación con la música como un medio virtual de expresar o construir la emoción se constituiría en el encuadre -desde el tiempo real- para definir la estructura temporal y cualitativa de esa emoción, suponiendo que uno puede desarrollar patrones o incluso estilos para los estados emocionales-. Esta situación posibilitaría poder reproducirlo en tiempo real.

Se configuran así nuevas líneas de investigación, que aborden temáticas de recuperación y sostenimiento de la coherencia de la vida transcurrida reescribiendo y adaptando la historia al presente para cada paciente en tiempos de dialización.

Sin embargo, entender y teorizar acerca de la vivencia del tiempo musical en ámbitos de sala de hemodiálisis es un camino que recién comienza con vistas de una comprensión amplia de esta experiencia. Veo necesario una profundización acerca del impacto de las actividades vinculadas a música de preferencia en la vivencia del tiempo en general de las personas y de la vivencia de tiempo vivido durante el tiempo de dialización en particular.

Algunas de las limitaciones de este trabajo a superar son:

- La muestra de pacientes debe ampliarse a una más grande donde se relacione la edad de los pacientes y donde se obtengan resultados estadísticamente más representativos.
- Las pruebas deben validarse en tiempos más prolongados de contacto con actividades con música de preferencia.
- El cuestionario aplicado tiene que validarse, aplicándose en muestras mayores para establecer su posible utilización en futuros trabajos.

Conclusiones

- El impacto del tratamiento de hemodiálisis pareciera desarmar la vida de los pacientes. Una notoria desorganización de los parámetros de su vida se evidencian en los registros de entrevistas donde se ha indagado acerca de la percepción de esta experiencia. En este sentido, la huella de la enfermedad se evidencia en la voluntad trastocada, la dificultad de comunicación, el impedimento de movilidad, los temores, la ansiedad y la depresión.
- Las estructuras de la música de la vida cotidiana ofrecen representaciones acerca de lo que perciben y valoran de ellos mismos. La música cotidiana entonces, ayudaría a construir una forma de representación de la propia identidad, de valoración y de autoafirmación.
- Los pacientes con insuficiencia renal crónica, por su estado de salud, pasan mucho tiempo en esta unidad de tratamiento. Las actividades con música de la vida cotidiana logran impactar en el tiempo subjetivo de vivencia temporal del tratamiento y sostenerlos emocionalmente.
- Las posibilidades de “decirse” a través de los temas elegidos suman a mejorar la intimidad y confortabilidad de los pacientes durante la hemodiálisis.
- Las sensaciones, emociones y experiencias negativas descritas al inicio por algunos de los pacientes fueron dejadas de lado durante las actividades con música de la vida cotidiana logrando impactar en el bajo estado de ánimo y tensión corporal que se evidenciaban en las entrevistas previas.
- Los comportamientos y actitudes de los pacientes participantes de esta tesis son valoradas por el grupo asistencial del Centro de Diálisis de Concepción del Uruguay, como beneficiosos, donde se observa claras evoluciones en sus respectivos procesos de actitud frente a la terapia de hemodiálisis.

- Las actividades diseñadas desde la Psicología de la Música, se constituyen en un proceso alternativo de carácter complementario dentro del tiempo y transcurso de la terapia de hemodiálisis.
- El diseño de actividades basadas en la música de la vida cotidiana de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis contribuye a su bienestar general disminuyendo en algunos de ellos los sentimientos de tristeza, temor y aburrimiento en la sala de hemodiálisis. Por otra parte, se podrían generar mejoras en las capacidades de los pacientes para comunicarse y para establecer o mantener relaciones interpersonales con los pacientes que comparten la sala, con el equipo asistencial, y con sus familias.

Los resultados planteados en esta tesis delimitan caminos para desarrollar posibilidades de los pacientes que vistos como sujetos integrales, bio, psico, sociales, y desde sus características personales, podrían reconstruir algunos aspectos psicológicos que han sido tocados por la enfermedad y su tratamiento, desde la aplicación de espacios de contacto con la música elegida por ellos, de su vida cotidiana.

Por otra parte aporta una aproximación metodológica que convoca a realizar trabajos de investigación futuros. Es necesario abordar un muestreo representativo de la población para el logro de nuevos avances tendientes a alcanzar aproximaciones a la generalización.

Bibliografía

Aguilar, R. Guadarrama, R. Mercado, C. Chavez, J. El núcleo supraquiasmático y la glándula pineal en la regulación de los ritmos circadianos en roedores. Temas selectos de neurociencias III. Ed. Javier Velazquez Moctezuma. UAM 2004.

Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Alvarez-Ude , F (1994) Hospital General de Segovia “*Hemodiálisis: Evolución histórica y consideraciones generales*” CAPITULO I NEFROLOGIA. Vol. XVI. Suplemento 4.

Alvarez-Ude, F. (2001). *Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 14, 64-68.

Alvin, J. (1984) *Musicoterapia* Barcelona. Paidós.

Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M. & Sirvent, A. (2004). *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis*. Revista de la Sociedad Española de Nefrología, 24, 470-479.

Barroso , s. *¿Es el Kt/V el mejor indicador de la dosis de diálisis?* Servicio de Nefrología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz REVISTA NEFROLOGÍA. Volumen 27. Número 6. 2007

Bayés R. (2007) *El reloj emocional*; Barcelona: Alienta Ed.

Benezon, R.O (1985) *Manual de Musicoterapia* Barcelona:Paidós

Bezerra, K., & Ferreira, J. (2008). El día a día en personas con Insuficiencia Renal crónica en el tratamiento de hemodiálisis. Recuperado el 29 de Marzo de 2015, de Scientific Electronic Library Online: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400006&script=sci_arttext&tlng=es

Boletín informativo para pacientes que inician un tratamiento de diálisis. Equipo Asistencial del servicio de diálisis de Concepción del Uruguay. Entre Ríos.

Bruscia, K. (1997) *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú ediciones.

Cavenagh, J. (2016) *Does Music Therapy Reduce Anxiety Levels in End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis?* Andrew C. Konopacki, Philadelphia College of Osteopathic Medicine Degree Type

Cook, I. (1999) *Is music the most important thing we ever did?* Music, development and evolution. In music, mind and science (ed. SW Yi) pp 10-39. Seul National University Press, Seoul.

- Chomsky, N. (2003) *La arquitectura del lenguaje*. Editorial Kairós. Traducción Vazquez E, San Miguel, J.
- Cross, I. (2010) *La música en la cultura y la evolución*” Revista Epistemus. Vol.1
- Crozier, W. Ray (1997) *Music and Social Influence*” in D.J. Hargreaves and A.C.North (eds) *The social psychology of Musica*. Pp 67-83. Oxford University press.
- Cvengros, J., Christensen, A. & Lawton, W. (2004). *The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen*. Annals of Behavioral Medicine, 27(3), 155-161
- Del Campo, Patxi 1997 *La música como proceso humano*. Amaru Ediciones.
- De Las Heras, V. (1997) *What does music collecting add to our knowledge of the functions and uses of the music?* Unpublished MSc. Dissertation, Department o Psychology, Keele University.
- DeLoach Walworth, D. (2003) *The Effect of Preferred Music Genre Selection Versus Preferred Song Selection on Experimentally Induced Anxiety Levels* J Music Ther 40 (1): 2-14.
- DeNora, Tía.(2000) *Music in everyday life*. Cambridge University press
- Dragulin, S. (2010) Music and Medicine. Journal of Science and Arts. 2(13), 109-120.
- Dufour, Michele, *Memoria, tiempo y música*. A parte rei. Revista de Filosofía
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. & Ortega, M. (2005). *Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal*. Revista de la Sociedad Española de Nefrología, 57, 185-198.
- Fiadman, R. (1988) *El nacimiento de la inteligencia musical*. Buenos aires. Guadalupe.
- Fiorini, H. (1995) *El psiquismo creador*. Buenos Aires, Paidós
- Freud, S. “*Obras Completas*”, en «Freud total» 1.0 (versión electrónica) *Personajes psicopáticos en el teatro*.
- Fuente García I; Suárez Guerra A; González Suárez M; Andrés García R. Hospital San Agustín. *Tratamiento con hemodiálisis diaria y de larga duración en una paciente diagnosticada de calcinosis tumoral grave* Rev Soc Esp Enferm Nefrol vol.10 no.1 ene./mar. 2007
- Gardner, H. (1993). *Frames of the mind: the theory of multiple intelligences*. 10th anniversary Edition. New York: Basic books.
- Giacomantone, E. Mejía, A. *Capítulo X: Consideraciones psiquiátricas y preventivas*, López editores, primera edición, Buenos Aires, 1997, pp 169-195.

- Giddens, Anthony. (1990) *The consequences of modernity*. Cambridge. Polity
- Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez V. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis*. *Nefrología*, 23, 528-537.
- Gottlieb.E, Tessey.A, Tanús R, Hecker S, Díaz Fernández J, (2014) *Saltear una o más sesiones de diálisis aumenta significativamente la tasa de mortalidad: impacto de medir la no adherencia* Fresenius Medical Care Argentina, Buenos Aires *Nefrología, Diálisis y Trasplante* 34 (2) Pág. 62 - 70
- Gross, B , Ketema Wassie, F ;Agnholt, Hanne ;Bjerre, R ;Laursen, Birgitte Schantz (2010)
Conference poster 39th EDTNA/ERCA International Conference,
- Hailey, B. & Moss, S. (2000). *Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature*. *Psychology Health & Medicine*, 5, 395-406.
- Harré. Rom.(1998) *The singular self*. London. Sage.
- Hauseer, M.D. y McDemott, J. (2003) *The evolution of the music faculty: a comparative perspective*. *Nature Meuroscience*, 6, 663-668
- Heiderscheit,A , Chlan , Donley,K. (2011) *Instituting a music listening intervention for critically ill patients receiving mechanical ventilation: Exemplars from two patient cases* *Music Med.* Oct 1; 3(4): 239–246.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). *Psychosocial aspects of dialysis therapy*. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St Louis, MO: Mosby Inc.
- HE Xiu-qiong (2013) *Observation of curative effect of music therapy on quality of life in patients with maintenance hemodialysis complicated with depression* *Journal of Qiqihar University of Medicin* The Fourth People's Hospital,Zhanjiang,Guangdong 524008,the P.R.China.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). *Psychosocial aspects of dialysis therapy*. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St Louis, MO: Mosby Inc.
- Imberty, M. (1988) *Acculturazione tonale e strutturazione del tempo nel bambino*. En Tafuri, J (ed) *Didattica Della musica e percezione musicale*, Bolonia: Zanichelli, 81-102
- Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante Renal*, 2nd Ed. Llach F, Valderrábano F. Norma Eds, 1997. 2 vol.
- Işin Cantekin, Mehtap Tan (2012) *The Influence of Music Therapy on Perceived Stressors and*

Isla, C. (2003) *El hacer musical como acción promocional de la salud en la tercera edad. Una experiencia en Musicopromoción con adultos mayores*. Trabajo de Tesis. UBA. Buenos Aires.

Janata P. and Grafton S. 2003. *Swinging in the brain: shared neural substrates for behaviors related to sequencing and music*. Pdf. Nature Neuroscience.

Juslin P. N. y Laukka. P. (2004) *Expression, perception and induction of musical emotions: a review and questionnaire study of everyday listening*. Journal of new Music Research, 33, 217-38.

Juslin, P. N. Liljeström, S. Laukka P, Västfjäll, D y Lundqvist, L.O. (2011) *Emotional reactions to music in a nationally representative sample of Swedish adults. Prevalence and causal influences*. Musicae Scientiae, 15. 174-207

Khechane, N. & Mwaba, K. (2004). *Treatment adherence and coping with stress among Black South African Haemodialysis patients*. Social Behavior and Personality Journal, 32(8), 777-782.

Kim ,Lee , Sok (2006) *The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis* Taehan Kanho Hakhoe chi [36(2):321-329]

Kimberly, A., Brownley, R. McMurray, G. Hackney, C. (1995) *Effects of music on physiological and affective responses to graded treadmill exercise in trained and untrained runners*. International journal of Psychophysiology, 19 (3) 193-201

Kubler-Ross, E.: *On death and dying*. Nueva York: Routledge, 1973. ISBN 0-415-04015-9.

Lakoff, G. y M. Johnson. 1980. *Metaphors We Live by*, Chicago: University of Chicago Press

Lear Dahl y Jackendoff. (2003) *Teoría generativa de la música tonal*. Ediciones Akal S.A. Madrid.

LIU L. (2009) *The Study of Music Therapy Reducing the Anxiety and Depression of MHD Patients* Department of Basic Nursing of Nursing School, Shenyang Medical College, Shenyang 110034, China. Journal of Shenyang Medical Colleg

Lubkin, I. M. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston, MA, EEUU: Jones and Bartlett.

Manual de Nefrología 2ª Edición. Nefrología Clínica. Hipertensión Arterial. Diálisis. Trasplante Renal.
Eds. Victor Lorenzo Sellares, Armando Torres Ramírez, Domingo Hernández Marrero, Juan

Ed. Harcourt - Elsevier Science. Madrid. 2002.

Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F. & Gil, T. (2004). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)*. Revista diálisis y trasplante, 25(2), 79-92.

Meyer, L.B. (1956) *Emotion and Meaning in music*. Chicago: University Press.

Meyer, L: (1994) *Music, the arts and Ideas: patterns and predictions in twentieth-century culture*. University of Chicago press: Gordon J. Laing Award.

Minkowski, E. *el tiempo vivido*. Trad de Angel Sáiz Sáez, Mexico 1973.

Morgado, I. (2012) *Como percibimos el mundo*. Ed. Ariel

National Kidney Foundation . (4 de Febrero de 2007). Hemodiálisis: Lo que necesita saber. Obtenido de National Kidney Foundation :
https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/hemodialysis_sp.pdf

Neilly, L. (1995) *The uses of Music in people's everyday lives*. Unpublished undergraduate dissertation, Department of Psychology, Keele University.

Nin Ferrari, J. (2001). *Calidad de vida en hemodiálisis*. Salud m, 23(1).

North, A.C., Hargreaves, D. y Hargreaves, J. (2004). *Uses of music in everyday life*. Music perception: an interdisciplinary Journal, 22 (1) 41-77

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington, DC.

Oto, A., Muñoz, R., Barrio, R., Pérez, M. & Matad, T. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad, depresión y de otros factores de comorbilidad*. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona: Hospital.

Salvi N, Larrechart S, Sittner H, Paoli N, Manzanares F.(2006) PID 10042 *Evaluación de la influencia de las intervenciones Enfermería y de la Psicología de la Música en el cumplimiento del tratamiento, la capacidad funcional, la calidad de vida y las relaciones sociales de los pacientes psiquiátricos de C. del U.*
<http://www.pcient.uner.edu.ar/index.php/Scdyt/article/view/155> UNER. Facultad de Ciencias de la Salud.

Salvi N, Larrechart S, Aravi V, Piersanti J. Ayala N, Rostan A. Maffioly M. (2009) *“Estudio de las motivaciones, necesidades del cuidador principal del paciente con TMG y consecuencias en su salud y calidad de vida durante las intervenciones de enfermería y de la música en*

Concepción del Uruguay”

<http://distancia.academica.uner.edu.ar/2015/resumenes/investigacion/resumen26.html> UNER.

Facultad de Cs de la Salud.

Schilder, P. (1994) *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. México, Paidós.

Serres, M. Art. Diario Le Monde, París.

Silberstein, F. (2004) Apuntes del Seminario Psc. del Arte, Maestría en Psc. de la Música UNLP

Silberstein, F. *Notas sobre la percepción artística y la creatividad*. Mesa redonda sobre creatividad. La Plata, octubre 2001.

Sloboda, A. (1991) *Music Structure and emotional response: some empirical findings*. Psychology of music, 19, 110-120

Sloboda, J. (1992) *Empirical studies of emotional response to music*. In M Riess-Jones and S. Holleran (eds) Cognitive bases of musical communication. Washington,DC: American Psychological Association.

Sloboda, J.A. and Juslin, P. (Eds) (2001) *Music and Emotion: Theory and Research*. Oxford: Oxford University Press.

Smith, J. (1996) *Más allá de la división entre la cognición y el discurso: utilizando un análisis interpretativo fenomenológico en psicología de la salud: AIF en práctica: un estudio de caso sobre la experiencia del paciente de hemodiálisis*. Pshicology and health, Vol II, (pag 261-271)

Stefani, G. (1982) *La competenza musicale*. Bolonia: CLUEB.

Stefani, G. (1988) *competenza musicale e cultura Della pace*. Bolonia: CLUEB.

Sterling K. MacNay, (1995) *La influencia de la música preferida en las puntuaciones de la presión, el estado de ánimo y el tiempo estimados de los pacientes que participan en un programa de ejercicios de rehabilitación cardíaca* Música Ther Perspect 13 (2): 91-96.

Stern, D. (1977/1998). *La primera relación: Madre-Hijo*. Madrid: Morata.

Stern, D. (1985/1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. (1995/1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

TAO Hong,XING Chun-guang (2012) *The background music in the elderly patients with chronic renal insufficiency in the process of application effect of colon dialysis* General Hospital of PLA Beijing 100853 South Nephrology

Tratado de Nefrología, 2ª Ed. Martínez Maldonado, Rodicio JL, Herrera Acosta J. Ediciones Nova, 1993.

Valderrabano F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). *Quality of life in end-stage renal disease patients*. American Journal of Kidney Diseases, 38(3), 443-464.

Verdes Moreiras, M, Fernández de Juan, T (1994) “*Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis*”. Instituto de Nefrología, MINSAP (2) Laboratorio de Musicoterapia, Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, ACC Revista cubana de Psicología, Vol11, N° 1,

Yen-Ju Lin, Kuo-Cheng Lu, Ching-Min Chen, Chia-Chi Chang, (2006) *The Effects of Music as Therapy on the Overall Well-Being of Elderly Patients on Maintenance Hemodialysis* Taehan Kanho Hakhoe chi [, 36(2):321-329]

Zanoguera, G. (1998) *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis*. Trabajo presentado a la Revista del XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Editada. Hospal S.A Nápoles, 249

Barcelona. Sevilla. 480 pp.

Zhong Haiying, Song Xiaoyu, Mo Shixiu, (2010) *Influence of music intervention on maintenance hemodialysis patients with depression and its related factors* Modern Clinical Nursing

Anexos

1. Actividades específicas.

1.1 Ritmos

Se propone la ejecución -con el brazo que no está conectado- de un nivel de pulso asociado a la

escucha de fragmentos musicales de diferentes estilos representativos de las elecciones de los

pacientes.

- 1) Ejecutar corporalmente el nivel de pulso elegido.
- 2) Escuchar la sucesión de fragmentos y ejecutar el pulso solo en el estilo asignado por la coordinadora.
- 3) Ejecutar el nivel de pulso en el estilo asignado con diferentes timbres de los instrumentos distribuidos en la sala.
- 4) Interacción grupal, trabajo de timbres.
- 5) Concertaciones para producción final.

Las actividades asociadas a los ritmos musicales fueron las primeras en implementarse en un camino del posicionamiento de los pacientes como receptores a roles activos en la ejecución.

Las ejecuciones corporales per sé brindaron enormes posibilidades de trabajos de repercusión individual y grupal. Los ecos ritmos y los encadenamientos, sobre todo, fueron de exitosa aplicación. La atención puesta en el devenir temporal de los encadenamientos rítmicos: la espera de la escucha de la percusión de otros pacientes, la ejecución individual y el chequeo

de la continuidad lograron un tipo de representación del grupo que pocas veces se logra en los períodos de conexión.

Los pacientes no pueden visualizar a sus compañeros de sala, ya que el equipo y sus pocas posibilidades de movimiento lo impiden.

En estas actividades específicas la representación interna de los otros pacientes de la sala fue promovida en esa presencia mediante la ejecución sonora.

Los instrumentos que se llevaron a la sala fueron tratados de acuerdo a los principios de bioseguridad correspondiente. Dichas normas fueron acordadas con la médica a cargo. Los triángulos fueron colocados con adaptadores a los soportes de los sueros que se posicionaron a la altura requerida por el paciente para la ejecución. Los claves fueron utilizados de la siguiente manera: un clave del par se fijó a uno de los apoyabrazos del sillón de diálisis y el otro lo manipuló el paciente con el brazo libre de conexión.

El otro instrumento incluido fue realizado mediante pulseras de cascabeles colocadas en los pies de algunos pacientes.. para quienes no lograban distender el brazo no conectado.

En la coordinación de las actividades, en los momentos de la distribución de los instrumentos, mediante el relato voy contado a todos cada situación particular y la organización, por ejemplo: “Rosa tocará los cascabeles con sus pies, cuando escuche el pasodoble”. En ese momento asocio la descripción y ejecuto el instrumento, para asociar las diferentes personas con los sonidos que ejecutarán.

Antes de pasar a la escucha de fragmentos, nombro a cada paciente para preguntarle si esta listo y para que ejecute su instrumento a manera de prueba.

La asignación de los distintos instrumentos tienen que ver con los niveles de pulso que los pacientes percuten intuitivamente. El tactus con los claves, el metro con el triángulo, el

subtactus con los cascabeles. De esta manera optimizamos el uso de los instrumentos para la ejecución.

La incidencia de aspectos del cuerpo en la conexión, la vinculación a los contextos culturales de los pacientes y el reforzamiento de la integración e interacción grupal se verían favorecidos en esta implementación de actividades.

1.2 Melodías

Se reconocieron las distintas alturas y se les propusieron tres actividades:

- 1) "dibujar" las alturas de una melodía con la mano en el aire,
- 2) luego dibujarlas con bastones de papel,
- 3) las alturas fueron "dibujadas" en el techo con luces láser.

Las actividades con movimientos de luces asociadas a los ascensos y descensos de alturas durante la escucha, ampliaron la visión de los espacios de la sala que tienen los pacientes. Esta propuesta se planteó inicialmente buscando organizar una distancia emocional con el sillón de diálisis en el que están inmovilizados corporalmente. Se logró además que por primera vez pudieran interactuar entre ellos a través de las luces proyectadas en el techo, buscando contactos y juegos que la situación física y el ruido constante de las máquinas hacía hasta entonces más difícil. Esto los llevó a un nuevo ejercicio, el de "bailar" por medio de las luces y la música con los otros pacientes.

Se logró así un pasaje de una situación individual a una interacción grupal con otra participación emocional de cada uno de ellos.

El objetivo es proporcionar situaciones en las cuales los pacientes puedan elaborar y renovar el registro emocional de la situación a la que deben someterse.

4) Se propone “bailar” con las luces de laser reflejadas en el techo, buscando otra luz o luces para realizarlo de a dos o más luces.

Esta actividad fue muy exitosa. Las luces “se buscaban”, planteaban movimientos, hasta que una luz guiaba, y la otra la seguía. Incluso al finalizar, algunas de las parejas de luces, construyeron un saludo final.

2. Música elegida

Cada paciente propuso un tema preferido, en una respectiva versión. Ante la escucha de todos los temas, luego puntuaron de 0 a 10 cada tema.

De esta forma, se organizó una secuencia con 15 minutos de música con los que obtuvieron mayor puntuación.

- a) Bella morena, pasodoble Rafael Rossi
- b) La engañera Los chalchaleros
- c) Garganta con arena. Cacho Castaña
- d) Kilómetro 11. Antonio Tarago Rós

Encuesta

		<i>Siempre</i>	<i>En ocasiones</i>	<i>Casi nunca</i>
Pregunta 1	He practicado deportes muy activos			
Pregunta 2	Me gusta que me llamen por teléfono mis amigos			
Pregunta 3	Disfruto yendo a museos , exposiciones y festivales			
Pregunta 4	Me gusta caminar			
Pregunta 5	Desearía hacerme de mas amigos			
Pregunta 6	Pequeñas situaciones de la vida diaria me hacen sentir bien			
Pregunta 7	Me siento solo con frecuencia			
Pregunta 8	Hay cosas de mi vida que me dan esperanza			
Pregunta 9	Disfruto viendo televisión			
Pregunta 10	Me gusta realizar mis cosas cuando estoy solo en casa			
Pregunta 11	Siento temor por mi futuro con frecuencia			
Pregunta 12	Me gustaría aprender / me gusta ejecutar un instrumento musical			
Pregunta 13	Me siento acompañado por gente a la que quiero			
Pregunta 14	Me gusta bailar			

