

El Efecto de la Musicoterapia en la Calidad de Vida y en la Presión Arterial del Paciente Hipertenso

Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Claudia Maria Salgado, Mariana Cabral Nunes, Fabrícia Lanusse de Urzêda, Marta Valéria Catalayud Carvalho, Dalma Alves Pereira, Thiago de Souza Veiga Jardim, Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO - Brasil

Resumen

Fundamento: La hipertensión arterial (HA) es una enfermedad de masa, con consecuencias para el aparato circulatorio, pues sus complicaciones elevan las tasas de morbilidad y mortalidad. Controlar la presión arterial (PA) disminuye complicaciones y puede preservar la calidad de vida (CV) de los pacientes. Estudios muestran los efectos positivos de la música como coadyuvante en el tratamiento de diversas patologías.

Objetivo: Evaluar el efecto de la musicoterapia en la CV y en el control de la PA de pacientes hipertensos.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico controlado que evaluó pacientes de ambos sexos, mayores de 50 años, HA estado 1, en uso de medicación, matriculados en servicio multiprofesional para tratamiento de la HA. Se dividieron en grupos experimental (GE) y control (GC). El GE, además del tratamiento convencional, participó en sesiones musicoterápicas semanales por doce semanas. El GC permaneció bajo tratamiento estándar del servicio. Antes y después de la intervención se aplicó en los dos grupos el cuestionario SF-36 y se verificó la PA. La voz, importante elemento de comunicación, reflejo del estado físico, psíquico y emocional, fue el principal recurso utilizado. Estadística: tests t-Student y Wilcoxon (significantes $p < 0,05$).

Resultados: Los grupos eran inicialmente similares en cuanto a sexo, edad, escolaridad y CV evaluada. En la comparación inicial y final de los pacientes del GE observamos una mejora significativa en la CV ($p < 0,05$) y en el control de la PA ($p < 0,05$). Sin modificaciones en la adhesión.

Conclusões: La musicoterapia contribuyó para la mejora de la CV y del control de la PA, señalando que esta actividad puede representar un refuerzo en el abordaje terapéutico en programas de atención multidisciplinaria al paciente hipertenso. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(5) : 524-529)

Palabras clave: Hipertensión, musicoterapia, terapia complementaria, calidad de vida, salud pública

Introducción

La hipertensión arterial (HA) es una enfermedad de masa con graves consecuencias por ser un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Sus complicaciones elevan las tasas de morbimortalidad¹ y, en su evolución, pueden interferir en la calidad de vida de los individuos². Para el tratamiento de la HA se indican medidas farmacológicas y no farmacológicas. Las intervenciones no farmacológicas pueden ser prescritas por todos los profesionales de la salud y son importantes para la reducción de la presión y para la adopción de un estilo de vida saludable.

La existencia de un equipo multiprofesional es un factor que conocidamente contribuye para mejores resultados en el cuidado del hipertenso. De acuerdo con las V Directrices

de Hipertensión Arterial³, lo que sugiere la existencia de un equipo multiprofesional para tratar al paciente hipertenso es la filosofía de trabajo, que busca el bienestar de los pacientes y de la comunidad.

Dentro de este contexto, el musicoterapeuta puede adecuarse como uno de los participantes del equipo multiprofesional y, particularmente en la HA, puede contribuir al tratamiento no medicamentoso. La musicoterapia se define como: La utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado, con un cliente o grupo, en un proceso para facilitar y promover la comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, en el sentido de alcanzar necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas⁴.

En diversas investigaciones englobando la influencia de la música, se han observado efectos en diferentes situaciones clínicas, influyendo en variaciones fisiológicas que incluyen presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración electroencefalograma, temperatura corporal y respuestas galvánicas de la piel, así como parámetros bioquímicos de los

Correspondencia: Claudia Regina de Oliveira Zanini •

Av. São João, nº 586, aptº 401-E, Vila São João, 74.815-410, Goiânia, GO, Brasil.

E-mail: mtclaudiazanini@gmail.com

Artículo recibido el 18/09/08; revisado recibido el 26/10/08;

aceptado el 12/11/08.

sistemas endócrino e inmunológico, además de variaciones emocionales y sensibilidad al dolor⁵⁻⁹.

La contribución de la musicoterapia en los diferentes contextos hospitalarios (internación, hospital día y servicio ambulatorio) es reconocida por minimizar los efectos de la hospitalización, entre otros, influyendo directamente en la calidad de vida del paciente¹⁰.

Por calidad de vida se entiende el vivir que es bueno y compensador en por lo menos cuatro áreas: social, afectiva, profesional y salud¹¹. Se trata de un constructo que agrupa cinco categorías mayores: utilidad social, felicidad/afecto, satisfacción, alcance de objetivos personales y vida normal¹².

La presente investigación, utilizando como abordaje terapéutico la musicoterapia, prioriza la mejora integral del individual y su calidad de vida, lo que abarca aspectos biológicos y psicosociales.

El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes hipertensos con relación a su calidad de vida y al control de la presión arterial.

Métodos

Se trata de un ensayo clínico controlado, delimitando como objeto de estudio “la inserción de la musicoterapia como posibilidad de tratamiento de la hipertensión arterial en un equipo multidisciplinario”.

La investigación de campo se realizó en la Liga de Hipertensión Arterial (LHA) del Hospital de Clínicas (HC) de la Universidad Federal de Goiás (UFG), estando la población formada por hipertensos matriculados en el referido servicio.

Para el número de pacientes matriculado en el servicio se definió un tamaño de muestra mínima de 23 pacientes para cada grupo, para detectar una diferencia de 25 puntos, entre los grupos, en los scores de las dimensiones evaluadas por el SF-36, a partir de los valores de referencia descritos por Ciconelli et al.¹³, considerando un α de 5% y poder de 80%.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos; edad superior a 50 años; presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg y < 100 mmHg y presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y < 160 mmHg (ambas medidas en la última consulta antes de la entrevista inicial); en uso de dosis estable de medicación antihipertensiva; residentes en Goiânia; en seguimiento regular en la LHA desde hace por lo menos un año.

Como criterios de exclusión se consideraron: diabetes descompensada; secuelas de accidente vascular cerebral; insuficiencia cardíaca (ICC) descompensada; insuficiencia renal crónica (IRC); insuficiencia hepática, infarto de miocardio en los últimos seis meses; otras enfermedades crónicas incapacitantes; utilización de psicofármacos; se atendido en proceso psicoterápico; ser sujeto de investigación en otro proyecto desarrollado por el equipo multiprofesional de la LHA/HC/UFG.

El número de pacientes registrados que frecuentan la LHA era de 1400, de los cuales cerca de 200 satisfacían las

condiciones para la investigación. Los grupos, experimental (GE) y control (GC), estuvieron compuestos aleatoriamente mediante sorteo. Los pacientes del GE fueron atendidos en sesiones musicoterápicas y los del GC no recibieron esta intervención. Los dos grupos continuaron con el tratamiento estándar de la Liga de Hipertensión Arterial, con consultas periódicas con médico, enfermera y nutricionista, además de la participación en las reuniones educativas en grupo.

Participaron en los grupos sólo aquellos pacientes que, después de la entrevista inicial, manifestaron su deseo de participar en la investigación voluntariamente, lo que fue debidamente documenta en el TCLI - Término de Consentimiento Libre e Informado. El proyecto de investigación fue analizado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Médica Humana y Animal del Hospital de Clínicas de la UFG.

Las atenciones musicoterápicas se realizaron con frecuencia semanal por un período de doce semanas. Cada sesión tuvo la duración de 60 minutos y contó con la participación de todos los miembros del GE. Se utilizaron los siguientes métodos musicoterápicos descritos por Bruscia¹⁴: recreación musical, improvisación musical, composición musical y audición musical o experiencia receptiva. Según el autor, recreación es un término más amplio que incluye ejecutar, reproducir, transformar e interpretar cualquier parte o el todo de un modelo musical existente, con o sin una audiencia. En la improvisación, el paciente hace música tocando o cantando, creando una melodía, un ritmo, una canción o una pieza musical improvisada. En las experiencias de composición, el terapeuta ayuda al cliente a escribir canciones, letras o piezas instrumentales, o a crear cualquier tipo de producto musical como videos con música o cintas de audio. En experiencias receptivas, el paciente escucha música y responde a la experiencia de forma silenciosa, verbalmente o a través de otra modalidad. La música utilizada puede ser en vivo o grabaciones.

Otras actividades desarrolladas durante las sesiones musicoterápicas fueron los ejercicios de respiración y de relajación, además de ejercicios para el desarrollo de la consciencia corporal, como importantes componentes para el bienestar físico y mental del ser humano. La voz, como potente elemento de la comunicación humana y como reflejo del estado físico, psíquico y emocional, fue el principal recurso utilizado en el *setting* musicoterápico. En algunas sesiones se utilizó una guitarra y/o un *atabaque*¹ para conducir apoyo armónico o rítmico para la producción sonora musical del grupo. La musicoterapeuta investigadora tuvo como coterapeuta a una académica del último año del Curso de Musicoterapia de la UFG.

Como parámetros de control de los datos cuantitativos para el nivel de presión arterial, se consideraron las anotaciones registradas en el prontuario en la última consulta antes del inicio de las sesiones musicoterápicas y en la primera consulta después de la intervención. Las medidas

¹ N. del T. – Atabaque: Instrumento de percusión, similar a un tambor.

se realizaron con aparato semiautomático digital OMRON - HEM 711, debidamente calibrado. También se evaluó en el mismo período la adhesión al tratamiento. Este dato se obtuvo del prontuario del paciente. En el servicio, se considera adherente al paciente que sigue adecuadamente el tratamiento y frecuenta regularmente las consultas marcadas. El paciente puede ser considerado: adherente, no adherente y parcialmente adherente.

Para evaluar el efecto de la musicoterapia en la calidad de vida, se aplicó en los dos grupos, de acuerdo con las recomendaciones que consta en su versión original, el cuestionario genérico SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey*), antes (momento 1 - M1) y después (momento 2 - M2) del período de intervención. Éste fue validado en Brasil, siendo dividido en ocho tópicos que se refieren a las siguientes dimensiones de vida: CF – capacidad funcional (limitación en la realización de alguna actividad física debido a la salud); AF – aspectos físicos (problemas con el trabajo o actividades de vida diaria debido a problemas de salud); D – dolor (limitaciones debido al dolor); EGS – estado general de salud (percepción de salud: mal a excelente); V – vitalidad (percepción del nivel de vitalidad); AS – aspectos sociales (interferencia de problemas físicos o emocionales en las actividades sociales); AE – aspectos emocionales (interferencia de problemas emocionales con el trabajo u otras actividades); y SM salud mental (percepción de la salud mental). El cuestionario permite un puntaje de 0 a 100 puntos, siendo el número mayor indicativo de mejor calidad de vida¹³.

Análisis estadístico

Para la elaboración del banco de datos y del análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (*versión 10.0; SPSS, Chicago, IL, USA*). El puntaje referente al cuestionario aplicado se comparó entre los grupos (GE y GC) en los momentos 1 y 2 (inicio y final de la intervención), utilizando el test t Student para dos muestras independientes (datos con distribución normal) y test de Mann Whitney (datos que presentaron distribución normal). Para la comparación intragrupo en M1 y M2, se utilizó el test t Student para muestras pareadas (datos con distribución normal) y test de Wilcoxon (datos que no presentaron distribución normal). Para comparar las variables categóricas se utilizó el test chi-cuadrado. Valores de $p < 0,05$ fueron considerados significantes para todos los análisis.

No hubo fuente de financiación para la realización del presente estudio.

Resultados

Como se ve en la tabla 1, los dos grupos fueron similares con relación a edad, sexo y escolaridad, sin diferencias significativas entre esos parámetros ($p > 0,05$). El promedio general de edad fue de $67,1 \pm 9,28$ años. Cada grupo estaba constituido por 23 individuos. El grupo control inicialmente estaba compuesto por 11 pacientes del sexo femenino (45,5%) y 12 del sexo masculino, mientras que el experimental estaba

constituido por 16 hipertensos del sexo femenino (69,6%) y 7 del sexo masculino. Una paciente del grupo control no fue considerada para el análisis porque falleció en el transcurso del estudio. De los 45 pacientes estudiados, el 69,6% tenía edad ≥ 60 años. Más del 80% eran analfabetos o tenían enseñanza primaria incompleta. Sólo tres individuos habían concluido la enseñanza secundaria y uno la enseñanza superior (tabla 1).

En la tabla 2 se presentan los resultados del GE y GC, referentes a las varias dimensiones de vida, haciendo una comparación, entre los grupos, de los promedios de los scores en el cuestionario SF-36 antes y después del proceso de intervención musicoterápica (momentos 1 y 2 - M1 y M2).

Se observa que antes de la intervención (M1) los grupos no presentaban diferencia significativa en ninguna de las dimensiones evaluadas (tabla 2) y en M2, después de la intervención, presentaban diferencia favorable al GE en la mayoría de las dimensiones. Sólo no se encontraron diferencias significativas en la capacidad funcional (CF) y aspectos físicos (AF), a pesar de haber habido elevación de los scores en el GE, al final de la intervención.

En la tabla 3 se describen los valores referentes al promedio de los scores obtenidos entre los participantes de cada uno de los grupos (GE y GC) en el cuestionario SF-36. En esta se realiza la comparación intragrupo entre el momento inicial, antes de la intervención musicoterápica y el momento final, después del período de intervención. Se destaca que la elevación de valores numéricos indica evolución positiva en las dimensiones evaluadas, mientras que la disminución de valores muestra un "empeoramiento" en los parámetros evaluados con relación a la calidad de vida.

En el GC no hubo significancia estadística en ninguno de los parámetros evaluados ($p > 0,05$) y en el GE hubo aumento significativo en todas las dimensiones evaluadas ($p < 0,05$).

Los resultados de la presión arterial al inicio y al final del protocolo se presentan en la tabla 4. Vemos que en el grupo que participó en las actividades de musicoterapia (GE) hubo una disminución significativa tanto de la PAS como de la PAD, entre el inicio y el final de la intervención. Ya en el grupo

Tabla 1 - Caracterización de la muestra

Caracterización	GC	GE	p
Edad (promedio \pm sd)	67,2 \pm 9,6	66,5 \pm 9,1	0,765
Sexo	Masculino	07	0,102
	Femenino	16	
Escolaridad	Analfabeto	09	0,220
	Ens. Prim. Incompleto	09	
	Ens. Prim. Completo	01	
	Enseñanza Secundaria	03	
	Enseñanza Superior	01	

Tabla 2 - Comparación entre scores del cuestionario SF-36, aplicado en los dos grupos en el M1 (inicial) y en el M2 (final), en cuanto a las dimensiones de vida evaluadas.

Dimensión	GE (M1)	GC (M1)	p (M1)	GE (M2)	GC (M2)	p (M2)
CF*	60,0 ± 28,1	65,5 ± 28,1	0,515	70,6 ± 19,5	61,6 ± 31,3	0,247
D*	51,5 ± 34,8	46,8 ± 30,6	0,630	77,2 ± 23,0	52,2 ± 31,6	0,004
V*	57,3 ± 27,2	49,6 ± 32,0	0,393	72,2 ± 23,4	52,0 ± 29,8	0,015
SM*	68,5 ± 24,1	64,4 ± 24,8	0,572	83,8 ± 11,3	59,3 ± 27,4	0,001
EGS*	64,4 ± 19,6	64,9 ± 22,4	0,940	84,1 ± 12,6	67,0 ± 24,4	0,005
AF**	54,3 ± 43,7	52,3 ± 48,1	0,904	76,1 ± 37,3	54,5 ± 44,7	0,082
AS**	74,5 ± 35,2	68,2 ± 34,9	0,331	89,9 ± 21,4	71,0 ± 32,4	0,026
AE**	66,3 ± 41,8	60,6 ± 46,7	0,784	95,6 ± 15,3	59,1 ± 39,7	0,001

Valores expresados en promedio ± desviación estándar; *Test t-Student **Test Mann-Whitney; CF - capacidad funcional / AF - aspectos físicos / D - dolor / EGS - estado general de salud / V - vitalidad / AS - aspectos sociales / AE - aspectos emocionales / SM - salud mental

control no observamos cambios significativos.

No se observaron modificaciones con relación a la adhesión entre los dos grupos de acuerdo con los parámetros propuestos.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que la musicoterapia tuvo un efecto benéfico en la calidad de vida y en el control de la presión arterial de individuos en estado 1 de hipertensión arterial y nos lleva a indicar que este abordaje terapéutico puede sugerirse como tratamiento no medicamentoso complementario para esa clientela.

Las sesiones musicoterápicas se realizaron en el ámbito de la salud pública, mediante la atención en grupo en un servicio ambulatorio destinado a pacientes hipertensos, con una presencia media de 20 pacientes por sesión. En el transcurso del proceso musicoterápico se utilizaron experiencias musicales activas, como improvisar, componer y recrear canciones, además de experiencias musicales receptivas o pasivas y actividades en que se realizaron ejercicios de relajación y respiración.

En Brasil todavía hay pocos estudios sobre musicoterapia relacionada con la cardiología. En el primer artículo publicado, en 2001, en los Archivos Brasileños de Cardiología, en una investigación sobre la aplicación de la musicoterapia receptiva en la clínica médica y cardiológica, a través de audiciones musicales, la musicoterapeuta atendió, individualmente, a diez pacientes, incluyendo cinco etapas en sus procedimientos: estímulo musical, sensación, situación, reflexión y alteración de comportamiento. Utilizó el cuestionario de Evaluación de Riesgos a la Salud (*University of Michigan*), que se aplicó antes y después del proceso de 16 sesiones de musicoterapia. Los resultados demostraron mejora de los niveles de estrés, de la satisfacción personal, del consumo de alimentos ricos en fibras y mayor motivación para vivir¹⁵.

Tabla 3 - Comparación intragrupo de los scores de las dimensiones de vida evaluadas mediante el cuestionario SF-36 en el M1 y en el M2

Dimensión Evaluada	GC (M1 e M2) p	GE (M1 e M2) p
CF*	0,141	0,032
D*	0,312	<0,001
V*	0,587	0,005
SM*	0,242	0,002
EGS*	0,612	<0,001
AF**	0,887	0,017
AS**	0,521	0,040
AE**	0,502	0,004

*Teste t-Student **Teste Mann-Whitney

Dos años después, Marconato et al.¹⁶ resaltaron que la inserción de la musicoterapia en una unidad de dolor torácico (UDT) trajo para el equipo médico "la oportunidad de familiarizarse con un nuevo abordaje al paciente cardíaco, mediante la comprensión de que la inestabilidad clínica es derivada del desequilibrio simultáneo y holográfico de los sistemas inmunológico, nervioso y endócrino". La autora, tras un estudio prospectivo, realizando sesiones individuales de musicoterapia receptiva, mediante audiciones musicales, con duración de 60 minutos, en el cual participaron 12 pacientes en estado de observación para estabilización clínica o estratificación de riesgo de una UDT, observó resultados como la reducción de la presión arterial sistólica del 0,8% al 22,4% y la reducción de la presión diastólica del 2,5% al 38%.

En un ensayo clínico, se evaluaron 84 niños y adolescentes en el intervalo de edades de 1 a 16 años, en las primeras 24

Tabla 4 - Valores de los promedios de PAS (PA sistólica) y PAD (PA diastólica) en los GE y GC, -antes y después del período de intervención musicoterápica

Grupo	PAS 1 (mmHg)	PAS 2 (mmHg)	p*	PAD 1 (mmHg)	PAD 2 (mmHg)	p*
GE	149,7 ± 6,4	133,8 ± 13,4	<0,001	89,1 ± 9,1	80,1 ± 10,6	<0,001
GC	145,4 ± 5,6	141,0 ± 19,8	0,278	86,9 ± 11,3	83,9 ± 12,4	0,160

Valores expresados en promedio ± desviación estándar; *Test t-Student.

horas de postoperatorio. Éstas fueron sometidas a una sesión de treinta minutos de musicoterapia, utilizando audición de música clásica, y observadas al inicio y al final de las sesiones con relación a la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, temperatura y otras variables además de la escala facial de dolor. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, después de la intervención, en relación a las evaluaciones objetivas de las frecuencias cardíaca y respiratoria ($p=0,04$ y $p=0,02$) y evaluación subjetiva de la escala facial del dolor ($p<0,001$), concluyendo que hubo una acción benéfica de la música⁵.

En otro estudio, el objetivo fue examinar si la audición diaria de un tipo de música puede ayudar en la disminución de la presión arterial de pacientes mayores internos en una institución. Se estudiaron dos grupos homogéneos en relación a los valores de presión arterial, edad y medicación, siendo que el experimental escuchó músicas seleccionadas por 25 minutos, todos los días, durante cuatro semanas. La presión arterial se midió dos veces por semana. En el grupo experimental ($n=12$) hubo una disminución significativa del promedio de la presión arterial, de 11.8 mmHg en la sistólica ($p=0,008$) y de 4.7 mmHg en la diastólica ($p=0,218$). En el grupo control no hubo cambios significativos. Los resultados sugieren que escuchar música puede reducir la presión arterial y que la musicoterapia puede ser utilizada para el tratamiento de la HA¹⁷.

Todas las intervenciones antes mencionadas tuvieron un papel relevante en el proceso de adaptación al tratamiento y en el cuidado integral al individuo, interfiriendo por lo tanto en las dimensiones que componen la calidad de vida de los pacientes cardíacos acompañados.

En nuestro estudio, observamos que hubo elevación de los scores en todas las variables del cuestionario SF-36 en los pacientes del GE, indicando mejora en la calidad de vida de aquellos que participaron en las sesiones musicoterápicas después de tres meses de intervención. Cabe destacar que estos resultados se evidenciaron tanto en el análisis de cada grupo (intragrupos), como entre los grupos (intergrupos).

En la evaluación intergrupos, también hubo cambios favorables en casi la totalidad de las dimensiones, siendo que sólo en la capacidad funcional y en los aspectos físicos no hubo significancia estadística, a pesar de la mejora en valores absolutos. Se resalta que las dimensiones de vida — dolor, estado general de salud, vitalidad, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental — son aspectos más subjetivos de vida, y éstos deben ser considerados importantes en el tratamiento de una enfermedad crónica,

puesto que los pacientes tienen que convivir con sus síntomas por mucho tiempo.

Con relación al control de la presión arterial, también hubo diferencia significativa en la PA, tanto en la sistólica como en la diastólica, al comparar los valores anteriores y posteriores a las 12 sesiones musicoterápicas realizadas con el GE, mientras que el GC no hubo diferencia significativa.

En un estudio exploratorio sobre las actitudes, creencias, percepciones, pensamientos y prácticas del portador de hipertensión arterial, Peres et al.¹⁸ destacaron que los aspectos psicosociales y las creencias de salud parecen interferir directamente en el conocimiento que el paciente tiene sobre la hipertensión y en las prácticas de salud adoptadas. Entre los factores que dificultan el control de la presión, el 75% de los pacientes se refirieron a los aspectos emocionales (nerviosismo, irritación, ansiedad y preocupación), siendo que sólo el 30% de la muestra afirmó tratar de controlar la emoción y buscar salir de la situación de estrés.

Para Gusmão¹⁹, en la última década, el interés por la evaluación de la calidad de vida de pacientes hipertensos aumentó significativamente y diversos estudios vienen siendo desarrollados. La autora defiende que los métodos usados para reducir la presión no deben interferir negativamente en la calidad de vida, siendo éste un importante factor para una buena adhesión al tratamiento.

En nuestra investigación, el instrumento utilizado, el cuestionario SF-36, permitió una evaluación del perfil de salud de los pacientes, destacando aspectos clínicos, sociales y emocionales. La categoría en que fue mayor la diferencia entre los scores inicial y final se refería a los aspectos emocionales. Este hecho puede entenderse por ser la musicoterapia una actividad terapéutica que, a través de elementos musicales y del quehacer musical, propicia la acogida de toda y cualquier expresión, ofreciendo la posibilidad al paciente de expresar sus contenidos internos y de ser escuchado por el grupo y por la musicoterapeuta, compartiendo alegrías, tristezas, angustias, miedos y victorias frente a su enfermedad. Los aspectos emocionales se reflejan en los aspectos sociales que involucran las relaciones interpersonales del paciente y actividades sociales, en la salud mental y en la percepción que se tiene de ella. Otras dimensiones evaluadas positivamente, como el dolor y la vitalidad, también guardan relación con el estado emocional/mental y van a influir en la visión que el paciente tiene de su estado general de salud.

La inserción de la musicoterapia como posibilidad terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial es compatible con un abordaje holístico en la relación con el

paciente, en la cual “el ser humano constituye un conjunto de sistemas integrados y totalmente independientes, siendo importante que el especialista se familiarice con las afecciones que pueden estar asociadas a la enfermedad cardíaca”²⁰.

Es pertinente enfatizar que, en el caso específico de la HAS, el mantenimiento del bienestar durante la terapéutica medicamentosa es de la mayor importancia, puesto que la mayoría de los pacientes son previamente asintomáticos y los beneficios del tratamientos son principalmente a largo plazo²¹.

Además de ellos, la inserción de la musicoterapia, utilizando como principales recursos la voz y el cuerpo, instrumentos que todos los individuos poseen, viabiliza la implantación de esa forma de atención en otros proyectos en el área de la salud pública, atendiendo a la comunidad y, principalmente, abarcando una clientela que no tendría acceso a esa modalidad terapéutica, por medio de atención ambulatoria.

Como limitaciones de este estudio podemos considerar que la investigación se condujo con un número relativamente pequeño de pacientes y por un tiempo corto, a pesar de estar de acuerdo con los criterios estipulados en la metodología. Otro punto es que los pacientes hipertensos considerados en estado 2 o 3 de HA no participaron en nuestro estudio. No obstante, nuestros resultados estimulan la continuidad de este tipo de evaluación con un grupo mayor, por tiempo más prolongado y con una medida más detallada de criterios de adhesión para una posible confirmación de nuestros resultados preliminares.

Los datos presentados indican que la musicoterapia, al

propiciar actividades en grupo apuntando a la adopción de hábitos saludables y a la disminución del estrés³, puede ser un abordaje terapéutico coadyuvante en el tratamiento de la HA y que el musicoterapeuta puede ser incluido en programas de atención multidisciplinaria a esta clientela, pues contribuye para el control de la presión arterial y para la mejora de la calidad de vida del paciente hipertenso.

Agradecimientos

A todos los profesionales que participan en la Liga de Hipertensión del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Goiás y a los pacientes hipertensos que participaron como sujetos de investigación.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

Este artículo forma parte de la tesis de Doctorado de Claudia Regina de Oliveira Zanini del Programa de Postgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Goiás.

Referencias

- Jardim PCBV. Educação em saúde e controle da pressão arterial. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol serv saúde*. 2006; 1 (15): 35-45.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo: BG Cultural; 2006.
- UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia. *Revista brasileira de musicoterapia* [editorial]. 1996; 1 (2): 4.
- Hatem TP, Lira PIC, Mattos SS. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *J Pediatr*. 2006; 82 (3): 186-92.
- Gerassimowitsch G, Sidorenko W, Kuptschina A, Teterkina T, Korotkow S. Reduction of Hypertonia. [Accessed 2006 Mar 1]. Available from: <http://www.worldsociologyforum.net>
- Benkovitz D. Music therapy and pain management. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 49-50.
- Hanser S. Can music make us healthy? The psychoneuroimmunology of music. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 318-9.
- Didolich LCM. Musicoterapia y distrés. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 64-7.
- Myskja A. Integrated music: an approach to improved health and wellbeing in nursing homes. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 400-1.
- Lipp M, Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas (SP): Papyrus; 1994.
- Brasil VM. Qualidade de vida do portador de marca-passo cardíaco definitivo: antes e após implante. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-50.
- Bruscia KE. *Definindo musicoterapia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Enelivros; 2000.
- Marconato C, Munhoz EC, Menim MM, Albach MT. Aplicação da musicoterapia receptiva na clínica médica e cardiológica. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77 (2): 138-9.
- Marconato C. Musicoterapia receptiva: a música no contexto clínico e hospitalar. [Monografia]. Santa Catarina (SC): Universidade de Santa Catarina; 2003.
- Teng XF, Wong MYM, Zhang YT. The effect of music on hypertensive patients. In: 29th Annual International Conference of the IEEE. Engineering in Medicine and Biology Society. 2007. p. 4649-51.
- Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (5): 635-42.
- Gusmão JL. A qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. In: Pierin AMG. (org.) Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 263-74.
- Oliveira JRWA, Oliveira LFS, Porto CC. Uma visão holística no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 16-8.
- Oliveira JRWA. Os efeitos da terapia anti-hipertensiva sobre a qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*. 1989; 52 (3): 111-3.