

**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO
COADYUVANTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

**Laura Camila Clavijo Calderón
Isabella Gómez Cabrera
Julio Mario Mendoza Lopez
José Carlos Sarmiento Gonzales
Julián Andrés Urueña Osorio
Laura Andrea Velasco Santos**

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Pregrado en Medicina
Bogotá
2023**

**EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO
COADYUVANTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

**Laura Camila Clavijo Calderón
Isabella Gómez Cabrera
Julio Mario Mendoza Lopez
José Carlos Sarmiento Gonzales
Julián Andrés Urueña Osorio
Laura Andrea Velasco Santos**

Director: Alfonso Rodriguez Gonzales

Trabajo de grado para optar por el título de médico cirujano

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Pregrado en Medicina
Bogotá
2023**



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético de este en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo prestado por el doctor Alfonso Rodríguez, quien nos brindó su asesoría durante el desarrollo de este trabajo, también a los doctores Rodrigo Castro y Andrés Cañón, nuestros tutores a través del desarrollo de la investigación en salud; su inigualable conocimiento estuvo a nuestra disposición a lo largo del recaudo de toda la información y su manejo en diferentes plataformas de búsqueda hasta lograr el desarrollo de este documento.

Por último, manifestamos nuestro agradecimiento para con la Universidad El Bosque por inducirnos al estudio de tan importantes temas, cuyo valor científico nos despierta gran interés, ya que indudablemente nutren y enriquecen nuestras capacidades como futuros profesionales de la salud.

<u>Resumen.</u>	6
Palabras clave	6
Abstract.	7
Key words	7
Planteamiento del problema	8
Justificación	11
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Marco Conceptual	15
Depresión	15
Manejo de la depresión	18
Abordaje farmacológico	21
Musicoterapia	22
Metodología	29
Tipo de estudio	29
Tabla #1. Criterios de inclusión y exclusión.	30
Figura #1. Algoritmo simplificado:	33
Resultados	35
Discusión	37
Recomendaciones	38
Recomendaciones en torno al tiempo de duración de la terapia y número de sesiones	38
Recomendaciones sobre el tipo de musicoterapia a realizar:	39
Referencias Bibliográficas	43

Resumen

El evidente aumento de las enfermedades mentales ha forzado a los investigadores a desarrollar y establecer distintos tratamientos estandarizados que por su probada efectividad han terminado convirtiéndose en habituales y aunque ocasionalmente resulten en colisión con aquellos no tan habituales, su demostrado grado de efectividad exige su implementación. Dentro de estos tratamientos en salud mental se ha destacado el coadyuvante de musicoterapia para trastorno depresivo mayor. Durante la siguiente revisión definimos el trastorno depresivo mayor como un proceso patológico, que cursa con sintomatología superior a quince días de duración, dónde se presenta anhedonia, insomnio, anorexia, hiperfagia, estados de ansiedad entre otros.

La musicoterapia además de usarse como coadyuvante en el trastorno depresivo mayor, posee diferentes efectos en personas sanas, en pacientes con otros trastornos afectivos y puede marcar una gran diferencia entre el buen desarrollo y mantenimiento de un tratamiento apropiado y la mala adherencia al mismo, así como abandono de este o complicaciones a posteriori en el paciente que sigue un tratamiento enfocado en lo farmacológico.

Palabras clave

Trastorno depresivo mayor, trastorno mental, tratamiento de depresión, musicoterapia, tratamiento coadyuvante, efectos.

Abstract.

The psychological illness rate has been increasing recently, which has taken us to establish different treatments, pharmacological and non-pharmacological, among these treatments, the adjuvant treatment with music therapy for major depression has stood out. During the following review, we'll take into account the definition of major depressive disorder as a pathological process that courses with anhedonia, insomnia, anorexia, hyperphagia, and anxiety states, among others. Music therapy can also be used in healthy patients, and patients with other affective disorders, and it can establish great differences in good development and adherence to the treatment, or generate absences in the treatment, abandoning it or generating posterior complications in patients whose treatments are focused on the pharmacological.

Key words

Major depressive disorder, mental disorder, adjuvant treatment, music therapy, effects.

Planteamiento del problema

La depresión mayor es una enfermedad psiquiátrica que cursa con distinta sintomatología, en donde se puede encontrar episodios de tristeza profunda y prolongada a lo largo de 15 días, anhedonia o pérdida del placer para realizar actividades que antes eran placenteras. Los pacientes con trastornos depresivos pueden tener pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, así como sentimientos de culpa hacia los demás llegando incluso a tener pensamientos suicidas o ideaciones de muerte (1).

Según Marco Tulio Correa en su artículo La depresión y su impacto en salud pública: “La depresión mayor es un trastorno mental que afecta a 450 millones de personas de la población mundial, en Estados Unidos de América, Europa y Brasil se encontró una prevalencia elevada en un 15%, además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que existe una brecha de atención a las personas con problemas de salud en Latinoamérica y Caribe hasta de un 77,9% en los trastornos afectivos, y una brecha en la atención a depresión de 73,9%” (2).

Para el manejo de la depresión se han dispuesto diferentes métodos entre los cuales está el uso de fármacos (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), benzodiazepinas, moduladores de serotonina), los cuales han demostrado una mejoría en la sintomatología del 67% en 3 a 4 meses con respecto a pacientes que no tienen un manejo placebo los cuales solo mejoran en aproximadamente un 30% (3) (4), además de contar con psicoterapia y tratamientos complementarios.

En cuanto al aspecto terapéutico complementario de este prevalente trastorno, son muchas las propuestas y técnicas, entre las que se destaca la musicoterapia por tener un enfoque terapéutico muy flexible y adaptable, que parte de la base de ser considerada una manera útil de comunicación y expresión, con aceptación amplia al facilitar el arraigo cultural y por producir efectos terapéuticos benéficos comprobados y de bajo riesgo para el tratamiento de diversos trastornos mentales y enfermedades físicas (5).

La musicoterapia, como coadyuvante de los tratamientos convencionales de primera línea, ha demostrado que ayuda a una mejor recuperación y una mejoría a corto plazo a nivel sintomático en comparación con un tratamiento únicamente enfocado en psicoterapia y tratamiento farmacológico, tal y como se demuestra en la revisión sistemática realizada por expertos como Aalbers bajo la metodología Cochrane (6).

Dado el enorme costo económico y en años de vida útil causado por los trastornos depresivos, los cuales se han presentado en los últimos años y el aumento de prevalencia en las enfermedades mentales, durante este trabajo se busca actualizar conceptos y datos con respecto a la revisión realizada por Aalbers, además de anterior resaltar la importancia de los diferentes frentes terapéuticos que tienen trastornos mentales, esto con el fin de ampliar los manejos los cuales puedan darse durante procesos de hospitalizaciones o de manera ambulatoria para mejorar la la evolución a mediano y largo plazo de los pacientes quienes sean diagnosticados con trastorno depresivo mayor.

Pregunta de investigación

¿Qué efectos genera la musicoterapia como tratamiento coadyuvante al tratamiento convencional en pacientes adultos diagnosticados con trastorno depresivo mayor?

Justificación

La presente investigación tiene como finalidad encontrar los efectos benéficos de la musicoterapia como un tratamiento coadyuvante en pacientes que son diagnosticados con trastorno depresivo mayor. Esto debido a que la incidencia y prevalencia de la depresión mayor en recientes años ha ido en aumento y se ha visto aún más agravada por la contingencia actual de la pandemia (7). Las consecuencias de esta se evidencian en un alza en la tasa de suicidios, tendencias autolesivas e incapacidad laboral.

Por tratarse de una enfermedad psiquiátrica crónica pueden experimentar períodos de remisión (8), también algunos donde se exacerbaban síntomas que conllevan incapacidad o disminución en la productividad laboral, social y personal. Entre ciertos pacientes, cuyas edades están entre los 15 y 29 años, se ha encontrado que la mayoría de los episodios depresivos presentan una duración de 3 a 5 meses y pueden remitir espontáneamente (5).

En los casos no tratados hay una mayor tasa de recurrencia, consistente en que los pacientes vuelven a presentar síntomas similares a los vistos anteriormente y de manera posterior a una recuperación del episodio depresivo y también mayor probabilidad de recaída, consistente en intensificación de los síntomas cuando aún no había una recuperación total (8).

Según Aalbers y colaboradores en su revisión de Cochrane, con el uso de musicoterapia como tratamiento coadyuvante se pueden reducir los niveles de estrés y la carga sintomática, favoreciendo la adaptación social y mejorando apreciablemente la

calidad de vida de las personas que padecen del trastorno depresivo mayor (6).

Los anteriores hallazgos indican la conveniencia de realizar mayor investigación, para este caso una revisión narrativa de la literatura, resulta pertinente para establecer resultados diferenciales entre pacientes tratados bajo el esquema convencional, enfocados en el uso de psicofármacos y psicoterapia, en contraste con aquellos que se apoyan en el uso de la musicoterapia como tratamiento coadyuvante.

Esto con el fin de determinar los beneficios que este esquema brinda a los pacientes diagnosticados con el trastorno depresivo mayor y por ende constatar la posible disminución en la carga de enfermedad y días de incapacidad, mejorar en la percepción de bienestar de las personas y retoma de las actividades de la vida cotidiana, en el área laboral y en general en la actividad ocupacional que a su vez impactan la mayor productividad de los pacientes, así como la calidad de vida de las personas con esta condición (4).

De acuerdo con cifras del Banco Mundial, actualmente solo el 3% de los presupuestos de salud es invertido en la salud mental de la población, reduciéndose a niveles del 1% en países con bajos ingresos y alcanzando solo hasta al 5% en países de alto ingresos (9). Por consiguiente, puede inferirse que intervenciones terapéuticas de bajo costo y fácil aplicación, son las que contribuyen a propiciar un mayor acceso a la atención de la salud mental de sus poblaciones.

Un estudio implementado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigido a calcular los costos de tratamiento se observó que en 36 países de diversos ingresos categorizados como bajos, medios y altos, durante un periodo de 15 años (2016 - 2030),

mostró bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de trastornos mentales recurrentes en la población, especialmente en cuadros como la depresión y la ansiedad, evidencia a la que se asocia una pérdida de un mil millones de dólares cada año que representa una gran pérdida en la economía global y una alta carga de enfermedad (10).

Partiendo de lo anterior encontramos que todas las redes formales e informales de las personas con depresión mayor se ven involucradas en el proceso y se ven afectadas desfavorablemente. Ya sea en el entorno familiar, cuando cualquiera de sus miembros pierde significativamente su capacidad productiva afectando la economía de su grupo familiar, o en el entorno laboral, en que las unidades productivas se ven impactadas por la disminución en la productividad del empleado, esto se ve sumado al alto volumen de ausencias e incapacidades. Lo que genera una reacción en cadena que finalmente resquebraja todo el sistema económico del país y sus instituciones ante un panorama que inevitablemente termina reflejado en todos los niveles de la sociedad (11).

En Colombia también se han calculado los costos de la enfermedad y por tanto la carga de enfermedad para la depresión. El estudio realizado por CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana en 2010 acerca de la estimación de la carga de enfermedad para Colombia, se encontró que en las personas de 15 a 29 años la depresión mayor unipolar (CIE 10: F32-F33) fue la primera causa de carga de la enfermedad con 168 años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes, en el grupo de 30 a 44 años la depresión mayor unipolar aparece como la segunda causa de carga de enfermedad, con 45 AVISA.

En personas de todas las edades, de ambos sexos, la depresión unipolar ocupa el segundo lugar como causa de carga de la enfermedad con 54 AVISA, todos por la discapacidad que ocasiona este trastorno. Así lo confirma el Ministerio de Salud en su Boletín de salud mental sobre Depresión, publicado en marzo de 2017. Otros hallazgos muestran que esta patología se extiende principalmente por las capas sociales más bajas no afiliadas al sistema general de seguridad en salud y la mayoría carecen del tratamiento, pues ni siquiera logran acceder a la consulta de los servicios (8).

Objetivos

Objetivo general

Realizar una revisión de la literatura de los últimos 7 años identificando los efectos coadyuvantes que genera la Musicoterapia en pacientes adultos diagnosticados con depresión mayor para su comparación con pacientes de tratamiento convencional.

Objetivos específicos

1. Explorar estudios de los últimos 7 años donde se evidencien diferencias entre el tratamiento del trastorno depresivo mayor de manera convencional y su tratamiento de manera convencional adicionado con musicoterapia como coadyuvante.
2. Revisar las modalidades más efectivas de la Musicoterapia como tratamiento coadyuvante del convencional para el trastorno depresivo mayor.

Marco Conceptual

Depresión

Según el DSM-5 hay varios tipos de trastornos depresivos, tales como el trastorno depresivo persistente, el trastorno depresivo disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancia y el trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor es clásico de este grupo, “caracterizado por episodios determinados de al menos dos semanas que implican cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurodegenerativas, con remisiones interepisódicas (...) suele ser un trastorno recurrente” (12).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décimo primera revisión (CIE-10), este cuadro es considerado uno de los trastornos del humor o afecto, contando con una clasificación entre trastornos depresivos recurrentes y episodios depresivos, subclasificados como Episodio depresivo leve, Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y Episodio depresivo no especificado. Para el diagnóstico de cualquiera de los anteriores, se requiere de un tiempo de evolución clínica mayor a dos semanas, así como al menos dos de los siguientes 3 síntomas: ánimo depresivo, aumento de fatigabilidad y pérdida de capacidad para disfrutar o anhedonia.

Así mismo se anexan siete síntomas que permiten clasificar la gravedad de la misma en los tipos anteriormente mencionados: deben estar presentes al menos seis síntomas para diagnóstico de un episodio moderado (dos de los previamente mencionados más

cuatro correspondientes a los síntomas accesorios), ocho para el diagnóstico de un episodio moderado (dos de los previamente mencionados más cuatro correspondientes a los síntomas accesorios), ocho para el diagnóstico de un episodio grave (dos de los previamente mencionados más seis correspondientes a los síntomas accesorios).

Mientras que para subclasificar si es Grave con síntomas psicóticos, o Grave sin síntomas psicóticos se debe tener en cuenta la presencia de estos (Ideas delirantes o alucinaciones). Todo lo que cumpla con el criterio de dos de los síntomas principales, pero sin cumplir alguno de los criterios de clasificación previos, se considera un episodio leve (13).

Como ya se mencionó, la depresión es una enfermedad mental que tiene la capacidad de hacerse crónica y de disminuir la posibilidad que tiene el ser humano de desarrollarse en la vida cotidiana, así como la de una enfermedad que se estratifica; según la intensidad de los síntomas y número de episodios, esta depresión se clasifica como leve, moderada y severa (12). Esta definición de la enfermedad es útil al momento de definir una línea de tratamiento y de pronosticar los riesgos que enfrenta una persona con depresión de atentar contra su integridad física y su riesgo latente de suicidio.

Adicionalmente es pertinente agregar que la depresión mayor es una patología de gran impacto a nivel mundial y por tanto representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia. La etiología de la depresión es de una alta complejidad dado que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos (14).

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos estimó que aproximadamente 17,3 millones de adultos en Estados Unidos tuvieron al menos un

episodio de depresión mayor en el 2017, esto representa el 7,1% de la población adulta de los Estados Unidos y se encontró que la depresión era más común en las edades entre 18 y 25 años (13,1%) y en individuos de dos o más razas (11,3%) (15), en Colombia entre tanto, esta cifra estuvo cerca a los 37.000 casos en el año 2015, y con tendencia al aumento (16).

La prevalencia de la depresión mayor es dependiente de la población a considerar, el periodo de tiempo del estudio, el informante según sea el caso y el criterio utilizado para su diagnóstico. Sin embargo, la mayoría de los estudios concuerdan que cuando se habla de grupos poblacionales susceptibles al desarrollo de esta patología, encontramos que aproximadamente del 1% al 2% de los niños en etapas prepuberales y alrededor del 5% de los adolescentes, sufren de depresión mayor en algún momento de sus vidas; así lo registró Rey en su trabajo *Depression in Children and Adolescents*, de la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (13).

Teniendo en cuenta la importancia de esta condición a nivel colectivo e individual, es clave conocer que clínicamente se pueden evidenciar múltiples manifestaciones de la depresión mayor que agrupamos de manera sindromática en algunos subtipos: Síntomas psicóticos, síntomas de melancolía, síntomas atípicos, con un patrón estacional, síntomas ansioso-depresivos y quejas físicas.

Cuando se produce un trastorno depresivo mayor también se genera un trastorno en la disregulación destructiva del estado de ánimo (12), presentando usualmente manifestaciones sintomáticas acompañantes como accesos de cólera graves y

desproporcionadas para la situación, los cuales se producen dos a tres veces por semana; Como ya se dijo, el episodio depresivo mayor único se diagnostica cuando el cuadro dura más de quince días, aunque podría convertirse en un trastorno recurrente (17) (18).

La enorme relevancia de lo expuesto condiciona cualquier diagnóstico a la identificación de signos y síntomas, además de diferenciar trastorno-depresivo de cierto cambio de ánimo normal, como angustia significativa o deterioro en el desenvolvimiento social, laboral u otras áreas de importancia. La gravedad se determina según el grado de sufrimiento psíquico y apreciable discapacidad, así como por la duración de los síntomas.

Para ofrecer lineamientos de evaluación, diagnóstico y manejo bajo consensos nacionales e internacionales que para el caso de Colombia se utilizan las Guías de Práctica Clínica – GPC (19), igualmente las instituciones acreditadas en el país también desarrollan sus propias GPC para sus propios contextos clínicos. Allí se definen criterios diagnósticos para la depresión como presencia de síntomas somáticos o anímicos, junto con síntomas físicos como por ejemplo dolor físico u otras manifestaciones psicosomáticas, siendo usuales las palpitaciones, las molestias digestivas y las alteraciones del sueño y el apetito (3).

Manejo de la depresión

El objetivo principal del manejo es la remisión de la enfermedad, el control de sintomatología y recuperación de la funcionalidad, actualmente se ha desarrollado una amplia gama de terapias que han demostrado apreciable efectividad en la mejoría de los

síntomas de la depresión. La terapia farmacológica suele llevarse a cabo con antidepresivos que básicamente regulan la base neurobiológica y los neurotransmisores afectados por el trastorno, modulando así los síntomas; también existen los eutimizantes, resaltando en todo caso que los tratamientos antidepresivos siempre son personalizados y que se orientan a prevenir recaídas (5).

De acuerdo con la severidad de los síntomas se considera la psicoterapia como primera línea de tratamiento en depresiones leves, con base en la relación riesgo - beneficio, evidenciando resultados positivos, considerando la interacción entre pensamientos, sentimientos y comportamientos como fundamentación de la psicoterapia, hasta dotar al paciente de herramientas para gestionar una respuesta adaptativa a situaciones que potencialmente desarrollen sintomatología depresiva.

En el tratamiento convencional de los trastornos depresivos suelen abarcar terapia cognitivo conductual en adición al tratamiento farmacológico con antidepresivos y según la gravedad de los síntomas se indica uno u otro, o bien terapia combinada.

Según las GPC españolas se describen algunos tipos de tratamientos no farmacológicos, a saber (3):

1. TCC (Terapia Conductual Conceptual)

Se desarrolla como una intervención para modificar conductas disfuncionales, pensamientos negativos o distorsionados asociados a situaciones o actitudes relacionadas con depresión, de esta manera se adopta una posición educativa con el paciente para reconocer dichas

actitudes y pensamientos y así mismo evaluarlos. Estas terapias tienen un formato estructurado en sesiones de hasta 50 minutos, pudiendo realizarse TCC de manera grupal, las cuales contienen un buen componente psicoeducativo.

2. *Activación conductual*

Son terapias más estrictas estructuralmente, donde se busca que el paciente aprenda formas de organizarse lo que permite cambiar su entorno y vida para recuperar reforzamientos positivos. Estas terapias contemplan estudios cuya eficacia aún no está completamente clara, aunque según las GPC se encontró un ECA que demostró que pacientes bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos, experimentaron mejoría de su sintomatología depresiva con aumentos en sus niveles de funcionalidad social y laboral.

3. *Terapia de solución de problemas (TSP)*

Es un tipo de terapia donde se busca mejorar estrategias de afrontamiento y desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos. Dentro de las GPC se menciona que esta terapia produjo una reducción significativa de puntuación en las escalas de depresión, pero sin cambios significativos comparándolo con antidepresivos o realizando una terapia combinada de antidepresivos y TSP.

4. *Terapia incluyendo a la pareja*

Esta es una intervención psicoterapéutica en la que se busca que ambos participantes denotan la importancia de la interacción para el desarrollo y el

mantenimiento de los síntomas depresivos. Por lo anterior se busca cambiar la naturaleza de las interacciones con la idea de conseguir relaciones fundamentadas en el apoyo y reducción del nivel de conflictos.

5. *Terapia interpersonal*

Esta terapia fue desarrollada por Klerman y Weisserman, para el tratamiento de los trastornos depresivos, aunque se amplió su uso para otros trastornos cognitivos. Este tratamiento se centra en relaciones actuales y de procesos interpersonales con el fin de lograr una reducción de síntomas por medio del afrontamiento y resolución de áreas de conflicto.

6. *Terapia psicodinámica breve*

Esta intervención se basa en un modelo psicodinámico o psicoanalítico con el fin de que el paciente y el terapeuta exploren conflictos actuales y pasados además de centrarse en la interpretación de estos.

Abordaje farmacológico

Indicado en casos donde las terapias no farmacológicas no sean efectivas en episodios de depresión leve o en casos de episodios de depresión mayor, desde el ámbito farmacológico es preciso establecer la gravedad de los síntomas, el tiempo de evolución, el tiempo en el que se desarrollaron, la frecuencia con la que ocurren o si por el contrario se trata de un primer episodio, si previamente ha tenido tratamiento y la adherencia a

este, además de la conciliación farmacológica en caso de tener comorbilidades preexistentes, dentro de esta terapia se tiene un grupo variado de antidepresivos, donde se debe resaltar que muchos de estos cuentan con efectos adversos como insomnio, agitación, disfunción sexual, taquicardia sinusal, hipotensión y alteraciones en la conducción cardíaca, los cuales se relacionan más con los antidepresivos tricíclicos, especialmente en adultos mayores, en personas con enfermedad cardíaca.

Según la guía de práctica clínica colombiana, recomiendan que la primera línea de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina o mirtazapina.

Como segunda línea de tratamiento se recomienda el uso de las alternativas de la primera línea que no utilizaron entre ellas, la amitriptilina sino está contraindicada (normalmente contraindicada en pacientes mayores dada interacciones farmacológicas) o la mirtazapina, así como antidepresivos tricíclicos (ATC), trazodona y la quetiapina.

Como tercera línea de tratamiento recomiendan el uso de la imipramina, clomipramina, paroxetina, escitalopram, citalopram, duloxetina, trazodona y bupropión, y como cuarta línea de tratamiento se tienen los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO). Se debe tener en cuenta que entre mayor avance se tenga en las líneas de tratamiento farmacológico más efectos adversos se pueden llegar a presentar, para seleccionar un antidepresivo además de tener en cuenta las líneas de tratamiento es necesaria la evaluación individualizada de las necesidades de cada paciente y el perfil de reacciones adversas de los medicamentos. (20)

Musicoterapia

Teniendo un contexto general sobre la patología en cuestión, es importante plantear unos aspectos teóricos sobre la musicoterapia. Al momento de buscar definir la musicoterapia como práctica, Según Perez Eizaguirre Et al, en su libro “Musicoterapia” (5), se encontraron múltiples dilemas que atraviesan la unificación de conceptos, por el solo hecho de tener las palabras música y terapia contenidas en el mismo construido conceptual que a su vez es poco universal, debido a que al realizar esta práctica existen múltiples métodos y la musicoterapia se ve influenciada por diferentes aspectos culturales altamente variantes (16), de igual manera ocurre con definiciones históricamente controvertidas como la salud y la enfermedad en el contexto de un tipo o modalidad de terapia.

El concepto de terapia, según la Guía de Práctica Clínica Española de 2018 (GPC) es una “intervención centrada en modificar conductas disfuncionales, pensamientos negativos, distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con depresión.” (19).

La definición de la Asociación Arteterapia (AATA) en el año 2015, se plantea que la musicoterapia es: “Profesión de salud mental que utiliza el proceso de “hacer arte” para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. Esta

profesión cree que el proceso creativo involucrado en la expresión artística ayuda a resolver conflictos, así como a desarrollar habilidades, a controlar el comportamiento y a reducir el estrés” (22).

Esta definición puede ser complementada y enfocada hacia el arte musical exclusivamente por la definición dada por Benenzon en el año 2000, quien afirma que podemos entenderla como la aplicación del sonido de manera científica, la música y el movimiento consiguiendo una integración que nos conlleve un proceso de escucha mediante la integración de las esferas: cognitiva, afectiva y motriz (14).

Según afirma el mismo Benenzon en una publicación de 2018 sobre Musicoterapia y Neurociencia, la musicoterapia es el uso de la expresión por medio del arte musical, con fines de tratar algún tipo de disfunción puntual, estimulando y entrenando mediante la escucha y la integración, las capacidades afectivas y cognitivas del individuo (23).

La música tiene un origen desconocido y se podría conocer como una manera cultural y universal de contar y plasmar historias, sentimientos y emociones. Es tan antigua como la aparición del lenguaje y la necesidad de comunicación del ser humano; la música ha existido en todos los tiempos y civilizaciones, circunstancia que la hace muy rica en estilos.

Un experimento del profesor Roberto Valderrama de la universidad de BUAP, México, plasmó la interacción que tenía la música en los sistemas simpáticos y parasimpáticos del Ser humano, explicando por qué cierto tipo de música podría aumentar la ansiedad o podía llegar a disminuir la misma (24).

El impacto es apreciable en lo neurofisiológico, neurocognitivo, cultural y comunicativo del ser humano, por lo que se sigue generando conocimiento en torno al efecto neurocognitivo que la música produce en los seres humanos. Algunos datos aún en estudio, pero cada vez más consistentes, sugieren además que la música puede incidir levemente en la disminución del deterioro cognitivo (17).

Dado que el Ser humano sostiene un intercambio cultural amplio a través de la música, estamos ante un hecho que la sitúa en su rol imprescindible de comunicación entre los pueblos. Ahora bien, para hablar de esta como una modalidad de terapia, es preciso adentrarnos en su historia como terapia y la evidencia a favor de la misma, empezando por los albores del siglo XX con Eve Vescelius, creadora de la Asociación Nacional de Terapia Musical en el año 1903 en Estados Unidos, con su artículo Music and Health defendió los primeros usos de musicoterapia empleando el fonógrafo en hospitales, tomando las enfermedades como enfermedades armónicas (Pérdidas de la armonía en el organismo).

Más adelante en 1919 se utilizó la musicoterapia entre veteranos de la Primera Guerra Mundial, gracias al estudio de Margaret Anderton, para luego ser replicada por Isa Maud Ilsen estableciendo personas en armonía (sanas) y personas fuera de armonía (enfermas) podrían beneficiarse de la música, también se dieron a conocer casos de musicoterapia en cirugía por Evan O'Neal Kane utilizando un fonógrafo dentro de quirófanos para mejorar los efectos analgésicos y anestésicos (25).

Gracias a estos trabajos y algunos otros se dio origen a la AAMT o American Association for Music Therapy y la National Association for Music Therapy (NAMT),

organizaciones que posteriormente se fusionaron en la AMTA o American Music Therapy Association. (AMTA, 2005).

Esta historia ha tenido diferentes despliegues hasta la actualidad, en que la musicoterapia estaría definida como “El uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por parte de un profesional acreditado” según la NAMT (26).

Sin embargo, no podemos olvidar que estos efectos están concebidos para usar la musicoterapia como coadyuvante, lo que nos lleva a definir aquello que se designa como terapia convencional, farmacológica y la psicoterapia. En cuanto a los fármacos antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión, la primera opción suelen ser inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina considerados en la línea de los antidepresivos más seguros y con menores efectos secundarios (19).

Tenemos otros antidepresivos utilizados en la farmacoterapia, entre los que figuran los atípicos, los tricíclicos, los IMAO y en ciertos casos el uso mixto de fármacos antidepresivos con antipsicóticos.

La elección de una terapia en específico depende del estatus del paciente y de la respuesta al mismo que experimente la persona tratada. La instauración de una terapia antidepresiva farmacológica o psicoterapéutica, requiere de paciencia, ya que la estabilización del paciente suele tomar varias semanas, incluso para minimizar sus efectos secundarios. En algunos casos la farmacoterapia antidepresiva puede generar dependencia física lo que puede complicar la respuesta de un paciente al tratamiento (25)(27).

En primera instancia la psicoterapia es la primera elección ya que persigue mejorar la capacidad de adaptación a situaciones y dificultades, así como identificar comportamientos negativos y explorar relaciones para mejorar la resolución de los problemas que generan el sentimiento de insatisfacción. En depresión moderada, grave y severa la psicoterapia resulta insuficiente y debe combinarse con farmacoterapia, en los dos últimos casos es muy probable que se requiere manejo hospitalario para evitar que el individuo ponga en peligro su integridad física (19).

La musicoterapia aplicada científicamente también sigue un conjunto de procesos y principios para el paciente y el musicoterapeuta. De acuerdo a Gallardo (27), en su libro “Musicoterapia y Salud Mental”, prevención asistencia y rehabilitación, estos procesos incluyen una entrevista previa para obtener conocimientos puntuales que ayudan al musicoterapeuta a modelar una estrategia acorde a cada paciente, teniendo en cuenta las modalidades socioculturales, capacidades de expresión y cuadro psicopatológico del individuo.

Es importante aclarar que la sesión de musicoterapia no se usa para el aprendizaje de recursos musicales del paciente, sino para valerse de dichos recursos de manera terapéutica. Una vez en desarrollo de la sesión, se usan múltiples posiciones y modalidades por parte del terapeuta durante la intervención:

1. La conducción, basada en el conducir a su paciente el tratamiento y el acompañamiento de este, con el fin de evitar sensación de abandono terapéutico en el paciente.
2. La inducción, basada en el direccionamiento por parte del terapeuta de su

paciente para evitar el estancamiento en la intervención.

3. La promoción, que habla de la potencialidad del paciente frente al desarrollo de su tratamiento, y la movilización de parte del terapeuta de esta misma potencialidad.

4. La opción, es la capacidad de decisión del paciente sobre el rumbo que toma la intervención.

5. La asociación, que consiste en la autenticidad y relación entre los actos del paciente en la intervención y la realidad de la problemática.

Adicional a lo anterior, aunque existe una amplia variedad de técnicas de musicoterapia, hay dos grandes grupos ampliamente mencionados en la literatura en su uso para la depresión, que son la receptiva (o pasiva) y la creativa (o activa). En la técnica receptiva se le da al paciente un rol pasivo de alta receptividad, dejando un rol en torno a la interpretación o reproducción musical en el musicoterapeuta, así buscando el uso y desarrollo de la capacidad de concentración y memoria del paciente, buscando la expresión de emociones de forma verbal y no verbal.

Mientras que, en torno a la creativa, se le da al paciente un rol activo en diferentes niveles (como la interpretación de instrumentos simples, composición, emisión de sonidos, percusión de su cuerpo, danza, entre otras), permitiéndole una expresión más libre de sus emociones, categorizándose como una modalidad totalmente dependiente del paciente (28).

Dentro de los dos grandes grupos mencionados anteriormente se encuentran diferentes técnicas, algunas de ellas son:

- Improvisación vocal: caracterizada por el uso de la voz, se puede realizar de manera individual o grupal. En este se suelen utilizar diversos recursos como lo son la imitación de sonidos o improvisación a partir de palabras otorgadas por el terapeuta. Esta técnica brinda herramientas claves para la concentración, relajación, postura y respiración (29).
- Escucha y audición: la persona encargada de realizar la sesión propone bien sea piezas musicales, cuentos o relatos guiados por voz para que el o los participantes las escuchen de manera activa y se les permita despertar emociones, tranquilidad e intriga por las mismas (29).
- Música y movimiento: permite la expresión de los pacientes a través de su cuerpo mediante los movimientos mientras se crea una conexión tanto con el exterior como con el interior (30).

Metodología

Tipo de estudio

Para la realización de esta investigación se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura de ensayos clínicos controlados y publicados en forma aleatoria, sin tener en cuenta el país en el cual fueron presentados y publicados, ni sus resultados sobre el uso de Musicoterapia como una terapia coadyuvante en el tratamiento de población con depresión mayor.

Se seleccionaron los términos DeCS (Descriptores en Ciencia de la Salud), con acotación de los siguientes: trastorno depresivo mayor, trastorno mental, tratamiento de depresión, Musicoterapia, tratamiento coadyuvante, eficacia, con los cuales se realizaron búsquedas de en las siguientes bases de datos, Cochrane, Web of Science, Embase, PubMed, ProQuest, Scielo, Mayoclinic, Frontier Europe PMC, Clinicalkey Oxford y Atlantic Press, que con la utilización de operadores booleanos, que son caracteres utilizados en la elaboración de algoritmos de búsqueda que permiten la combinación de términos entre sí y el establecimiento de relaciones lógicas entre estos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión mostrados en la tabla #1.

Tabla #1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Población: Personas con depresión mayor como diagnóstico principal - Grupo etario: Adultos (mayores de 18 años) - Terapia: la musicoterapia debe ser administrada por un terapeuta o personal de la salud entrenado en esta área, donde las terapias se impartieron en un marco terapéutico estructurado con el objetivo de mejorar la salud de los pacientes. - País de origen: Cualquiera - Fecha: Desde 2015 a 2022. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población: Personas con otros diagnósticos de base diferentes a depresión mayor como diagnóstico principal dado que la depresión es una enfermedad que se encuentra relacionada frecuentemente con otras enfermedades de base como lo son la ansiedad, trastorno de la personalidad, la psicosis, la demencia entre otros - Grupo etario: niños y adolescentes menores de 18 años - Idiomas: Otros idiomas diferentes a inglés y español. - Fecha: del 2014 o menos. - Artículos repetidos en diferentes bases de datos no se tuvieron en cuenta

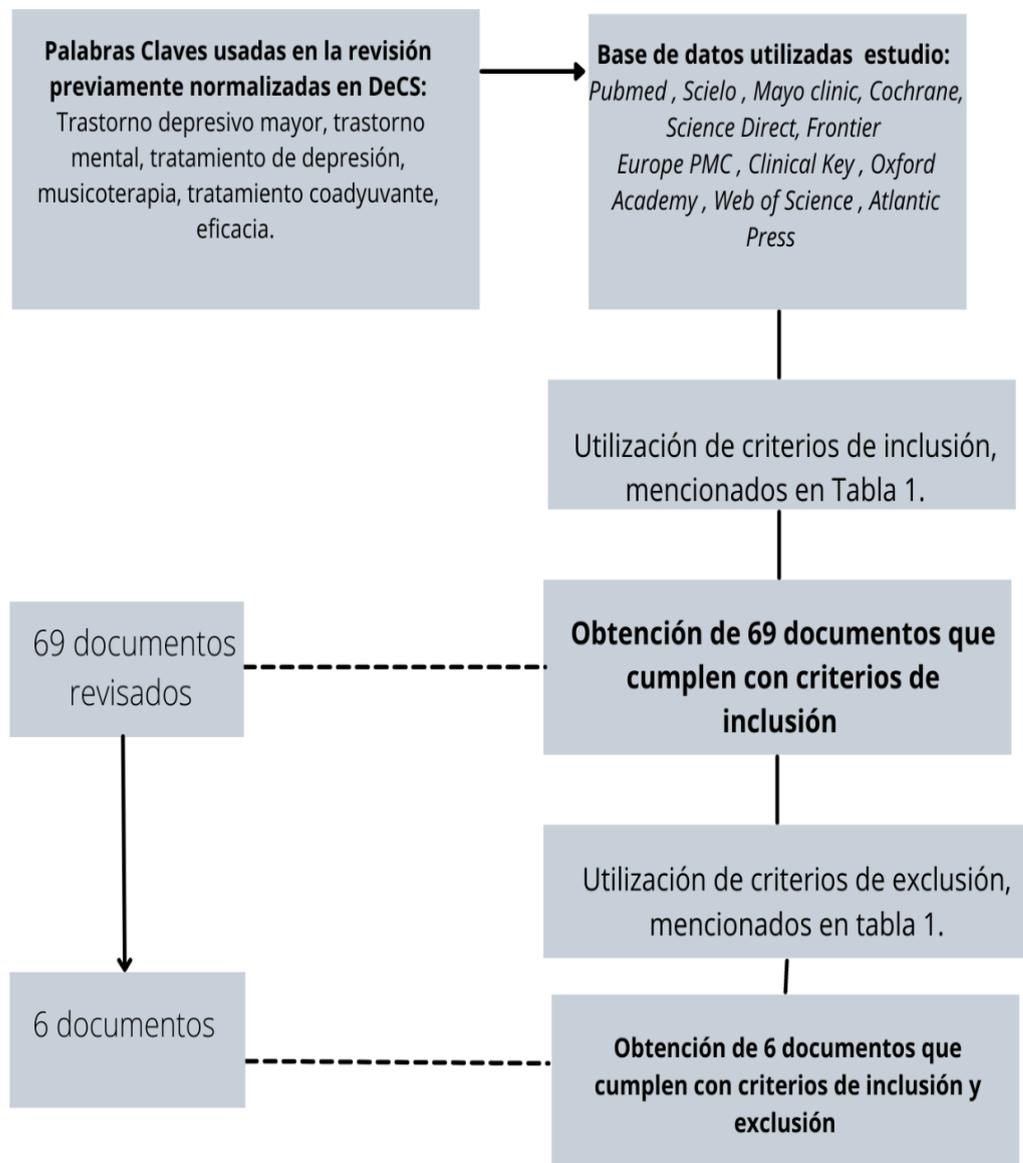
- Idioma: inglés y español.	
-----------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado nos encontramos con el siguiente algoritmo que fue usado en los diferentes buscadores:

("music therapy"[All Fields] AND ("depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "major"[All Fields]) OR "major depressive disorder"[All Fields] OR ("major"[All Fields] AND "depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "major depressive disorder"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR ("major"[All Fields] AND "depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields])) AND ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "therapies"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapy s"[All Fields] OR "therapys"[All Fields])) AND (2016:2022[pdat])

Figura #1. Algoritmo simplificado:



Fuente: Elaboración propia.

En el proceso de búsqueda se obtuvieron como resultado 69 documentos que cumplían los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó un segundo filtro basado en

los criterios de exclusividad , donde 63 de estos fueron excluidos dando como resultado 6 documentos. Los documentos excluidos fueron principalmente filtrados por los criterios de temporalidad y población expuestos en la tabla 1.

La información y resultados obtenidos de los 6 artículos seleccionados, inicialmente fue analizada de manera individual por cada artículo y posteriormente de manera comparativa. Los 6 artículos obtenidos son:

1. Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. De los autores Leubner y Hinterberger, en el año 2017
2. Depresión mayor en el adulto: psicoterapia y otros tratamientos no farmacológicos, del autor Víctor M. Torrado Oubiñ, en el año 2021.
3. The BAPNE Method: A new approach and treatment for depressive disorders. Procedia-Social and Behavioral Sciences, de los autores Salerno y Cefaratti en el año 2017.
4. Patient Reflections on Individual Music Therapy for a Major Depressive Disorder or Acute Phase Schizophrenia Spectrum Disorder, de los autores Feng, y Cheng, en el año 2019
5. Music Therapy for Depression Enhanced With Listening Homework and Slow Paced Breathing: A Randomised Controlled Trial, de los autores Erkkilä y Braban, en el año 2021
6. Music therapy for depression, de la autora Sonya Aalbers, en el año 2017.

Resultados

Dentro de los artículos revisados se encuentra como principal hallazgo en relación a la musicoterapia que esta no es usada con fines curativos (31, 32) en su mayoría, ya que por lo general los efectos de la misma se relación a reducciones sintomáticas al usarla como terapia coadyuvante o asociada a la terapia convencional, según afirma Torrado (32), mismos hallazgos soportados por otros de los estudios tomados en esta revisión (6, 31, 33, 34, 35), principalmente en lo correspondiente a síntomas como estrés y ansiedad (6, 31, 32, 35), así como mejorías en el relacionamiento con el entorno, comportamiento y manejo de emociones (31, 32, 33, 34) del paciente, todos estos como beneficios a corto plazo de entre 6 y 9 semanas (31, 33). Adicional a esto, según Alberts en 2018, no presenta eventos adversos ni aumento de los mismo al adicionarse a la terapia convencional (6).

En cuanto aspectos técnicos como la duración de las sesiones, no existe mayor evidencia, sin embargo Leubner afirma que se requiere un mínimo de 60 minutos para lograr la obtención de resultados relevantes es pertinente (31), mientras que en cuanto al método de la terapia existe un mayor uso de musicoterapia activa con el uso de instrumentos de percusión (31, 32, 33), mientras que en lo correspondiente a el tipo de música utilizado en la terapia, no existen recomendaciones puntuales y parece estar condicionado por componentes socioculturales, aunque géneros como la música clásica o el Jazz no parecen generar mejoras relevantes en los pacientes (31).

En este grupo de artículos tomados para nuestra revisión, se encontró el artículo "The BAPNE Method, A New Approach and Treatment for Depressive Disorders", donde se aplicó musicoterapia bajo dicho método basado en la unión entre emociones y música con uso de melodía y percusión en combinación con danzaterapia con fines de estimulación cognitiva y las habilidades relacionales, que además de las reducciones sintomáticas previamente mencionadas se obtuvo una mejoría en niveles de atención memoria y habilidades espaciales, adicional en este estudio se encontró que el método BAPNE se asocia a aumento de liberación de oxitocina asociada a reducciones síntomas en fases agudas de la enfermedad (33).

Discusión

Los principales hallazgos revelados por las publicaciones tomadas como base de estudio demuestran que con la “musicoterapia” se logran efectos beneficiosos a corto plazo. Agregando “musicoterapia” a los tratamientos convencional se obtuvo una mejoría en los síntomas depresivos con respecto al uso de tratamiento convencional, además se encontró que su implementación, no se asocia a ningún cambio de los eventos adversos, más bien pudo apreciarse que la técnica adicionada ayudó en la reducción de niveles de ansiedad y en la mejora de la funcionalidad de los pacientes.

Tomando en cuenta los resultados de está revisión y comparándolos con resultados previos, se evidencia que la musicoterapia como terapia coadyuvante en tratamiento de depresión mayor tiene un efecto positivo en pacientes con crisis depresivas a corto y mediano plazo, esto dado que se reducen la presencia de síntomas y mejoría de habilidades socio cognitivas, lo cual es congruente con estudios de revisión en la literatura como el de S.Alberts en 2018(6).

Adicionalmente, dentro de los seis estudios revisados, el manejo con musicoterapia de manera activa (se hace partícipe al paciente) (30, 31, 32) tuvo diferencias terapéuticas con respecto al género musical el cual se usó en la musicoterapia, teniendo una mejor respuesta terapéutica los géneros con mayor uso de instrumentos de percusión, como pueden ser timbales, xilófonos y tambores entre varios instrumentos de percusión. Sin embargo, estos hallazgos requieren una investigación más profunda para poder obtener

información más veraz respecto a los aspectos técnicos en el uso de musicoterapia como terapia coadyuvante.

Las conclusiones anteriores de ninguna forma pretenden desechar el uso de farmacoterapia, pues es evidente que su empleo, junto con la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia han logrado proporcionar manejo adecuado para la gran mayoría de pacientes; sí se intenta resaltar la búsqueda de otras terapias adicionales que puedan coadyuvar en el manejo de estos pacientes.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta lo presentado en esta revisión, podemos decir que las recomendaciones alrededor de la utilización de musicoterapia como terapia coadyuvante se dividen en tres tipos: Recomendaciones en torno al tiempo de duración de la terapia y número de sesiones, recomendaciones basadas en el tipo de música terapia a realizar, y otras recomendaciones:

Recomendaciones en torno al tiempo de duración de la terapia y número de sesiones

Se recomienda, basados en los hallazgos del trabajo de Leubner que la duración de las sesiones, para considerarse significativa y la obtención de resultados relevantes es de un mínimo de 60 minutos, así como una duración no significativamente mayor a las 2 horas (31).

En cuanto a la frecuencia y duración del tratamiento, se recomienda un mínimo de 2 a 3 veces por semana en una extensión de entre mínimo 6 a 7 semanas, más consideramos que en los hallazgos del estudio realizado por Salerno esto podría extenderse incluso hasta los 3 meses para ver resultados relevantes en cuanto a mejoría en calidad de vida y una verdadera reducción sintomática en el tiempo, por lo que consideramos es necesaria más evidencia al respecto (33).

Recomendaciones sobre el tipo de musicoterapia a realizar:

Se recomienda el uso de musicoterapia activa sobre la pasiva puesto que esta permite una participación más dinámica por parte del paciente, permitiéndole expresar y canalizar sus emociones, así como las experiencias previas difíciles, de manera más activa en la terapia, teniendo mejores resultados en mejoría sintomática.

Dentro de los elementos más eficaces para la realización de terapia musical se aconseja usar materiales e instrumentos de percusión, ya que se ha encontrado que le permite al paciente una sensación de mayor control sobre el ritmo que lleva su terapia, sin embargo, esto dependerá de las preferencias del paciente y disponibilidad de materia al momento de la terapia, así como falta evidencia en torno al condicionamiento cultural sobre la elección de este tipo de instrumentos (33).

Otras recomendaciones

Se ha encontrado también que este tipo de terapia resulta efectiva y es recomendada su realización en episodios agudos de depresión, teniendo amplio efecto en la reducción sintomática correspondiente a este tipo de episodios (6).

Dentro de los beneficios que otorga el uso de la musicoterapia se incluye una mayor motivación al ser un tipo de terapia interactiva, liberación emocional, verbalización más exitosa, generación de vínculos con otros participantes, disminución del estrés y la ansiedad, y ayuda a potencializar los sentidos y la creatividad (33).

El uso de la musicoterapia, aunque no aporta efectos propiamente terapéuticos, se recomienda de igual manera para reducción de estrés, sin embargo, no reemplaza los efectos en reducción sintomática y mejoría en calidad de vida que la farmacoterapia (31).

Se propugna la necesidad de llevar a cabo estudios de este tipo, en poblaciones más extensas para corroborar los datos obtenidos. De esta manera, y tras la fundamentación de los resultados que se obtuvieron, se podrían promover y favorecer actividades que facilitarían a estos grupos propuestas motivadoras en las que se logre encontrar un objetivo, y pudieran desarrollar sus capacidades artísticas y expresar sus emociones y así poder mejorar su socialización (32).

Conclusiones

En conclusión, el tratamiento con Musicoterapia presenta resultados positivos y benéficos con respecto a los trastornos depresivos en momentos más agudos o críticos en los cuales el paciente presenta síntomas muy marcados. Esta técnica junto con la psicoterapia y la farmacoterapia podría ofrecer un efecto positivo para el manejo de pacientes críticos, no solo permitiendo un mejor manejo a los síntomas inmediatos, sino permitiendo que los pacientes tengan mejores resultados a mediano plazo, generando disminución en los tiempos de hospitalización y el tratamiento agudo por lo que se puede asegurar que los resultados a corto plazo son perceptibles, variando según la música utilizada y los tiempos semanales durante los cuales se utilice la técnica.

Por otra parte, se encuentra evidencia que revela que a mediano plazo la musicoterapia logra evitar las recaídas de algunos pacientes, permitiendo mayor adherencia al tratamiento respecto a los tratamientos de primera línea. Aunque se requieren más estudios para avanzar en esta dirección y esclarecer de manera explícita sesgos relacionados con los investigadores, el tamaño de las muestras, la caracterización de los participantes, la selección de los instrumentos de verificación y sesgos de percepción en los participantes, así como dar cuenta de la evolución a mediano y largo plazo.

De lo investigado es adecuado afirmar que la Musicoterapia está indicada en ambientes ambulatorios tanto individualmente como en sesiones con múltiples pacientes con diagnósticos similares, como puede ser en ambientes de clínicas de atención primaria en salud mental, teniendo como extra que en estas situaciones se presenta una mejoraría

en el desarrollo de sesiones de psicoterapia cuando se hacen de manera colectiva, ya que logran disminuir pensamientos autolesivos y de soledad en los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed. 2017; 28(2): 73-98.
2. Corea MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur. 2021; 89(1): S1-68.
3. Eyre L, Editor. Guía Para La Práctica De La Musicoterapia En La Salud Mental: Selecciones. Dallas, Tx: Barcelona Publishers; 2016.
<https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/lib/bibliobosque-ebooks/reader.action?docID=4617414&query=musicoterapia+> (CITADO 09 DE MAYO 2022)
4. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med. 2019 Feb 7;380(6):559-568. doi: 10.1056/NEJMcp1712493. PMID: 30726688; PMCID: PMC6727965.
5. Eizaguirre, M. P. Music therapy: enabling tool for the change of the social relations in a high school/Efectos de la Musicoterapia en las relaciones sociales de grupos de adolescentes en un centro educativo. Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical. 2018; 15: 175-192.
6. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JCF, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2017; eleven.

7. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66(4): 317-320.
8. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med*. 2018; 32: 129-140.
9. Marquez Patricio; Dutta Sheila. Reseña sobre salud mental [Internet]. Banco mundial; octubre 12, 2017. [Consultado: mayo 28, 2021]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/brief/mental-health#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%2C%20que%20se, monto%20que%20%E2%80%94seg%C3%BAAn%20estimaciones%E2%80%94%2C>
10. Mitchell, C. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. “OPS/OMS |.” Pan American Health Organization / World Health Organization. 30 Mar. 2017, [Citado 1 Nov 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
11. Torres de Galvis, Y. 2018 [Internet]. Costos asociados con la salud mental. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad ces, Medellín, Colombia. 2018. [citado 28 May 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-182.pdf>

12. American Psychiatric Association's (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5)
13. Rey J, Bella-Awusah T, Jing L. Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
14. Garrote Rojas, Daniel. Perez Angulo, Gema. (2018). [Internet]. Efectos de la Musicoterapia en el Trastorno del Espectro Autista. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva [citado 26 Sept 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6542202>
15. National Institute of Mental Health. Major Depression [Internet]. 2021. [Citado 26 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
16. Sanz, J. I. P. El concepto de musicoterapia a través de la historia. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 2001; (42): 19-31.
17. James, C. E., Altenmüller, E., Kliegel, M., Krüger, T. H. C., Van De Ville, D., Worschech, F., Abdili, L., Scholz, D. S., Jünemann, K., Hering, A., Grouiller, F., Sinke, C. y Marie, D. (2020). Train the brain with music (TBM): brain plasticity and cognitive benefits induced by musical training in elderly people in Germany and Switzerland, a study protocol for an RCT comparing musical instrumental practice to sensitization to music. BMC Geriatrics, 20. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01761-y>

18. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (2021, 29 de julio). Mayo Clinic - Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>
19. Guíasalud.es. [citado el 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
20. AP, R. G. C. B. P. Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet]. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet] Disponible en:
http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_td/GPC_td_profesionales.aspx.
21. Pérez Eizaguirre, Miren, Del Olmo Barros, Maria Jesús. Musicoterapia. Cap. 2, Origen definición, ámbitos de aplicación y perfil del musicoterapeuta. [citado 26 Sept 2021] Disponible en:
https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=uQIAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=musicoterapia+definicion&ots=KVHpnxAWqq&sig=5L1-QpIf3q6eESkXIqxZBP2l6iw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
22. Terapia, arte y línea C, particulares C, 2023-1 P, Fotogrametría P et al. ¿Qué es la arteterapia? [Internet]. Metáforas del arte. 2022 [cited 23 September 2022]. Available

from:

<https://metaforasdelarte.info/que-es-la-arte-terapia/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20Americana%20de%20Arteterapia,personas%20de%20todas%20las%20edades.>

23. Jauset Berrocal J.A. Música y neurociencia: la musicoterapia. Fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas [En Línea]. Barcelona: Editorial UOC, 2018 [consultado 15 Feb 2022]. Disponible en:

<https://elibro-net.ezproxy.unbosque.edu.co/es/ereader/unbosque/116324?page=1>

24. Hernández, R. V. Azuara, A. C. Ramírez, J. V. Rojas, G. P. C. Comparación entre introvertidos y extrovertidos en el nivel de ansiedad al escuchar música relajante. Enseñanza e investigación en psicología. 2009; 14(1): 61-76.

25. Torres A. M. La Musicoterapia Prenatal y el Vínculo Materno - Fetal. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. 2010: 1-95.

26. PromocionMusical.es. Qué es la Musicoterapia y Qué Hace un Musicoterapeuta [Internet]. PromocionMusical.es. 2019 [Citado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://promocionmusical.es/que-es-la-musicoterapia-y-que-hace-un-musicoterapeuta/#:~:text=La%20musicoterapia%20es%20el%20uso>

27. Gallardo, Ruben. 2011, musicoterapia y salud mental: prevención, asistencia y rehabilitación, 1a ed. - Ugerman editor. [Citado el 05/04/2022]. disponible en: <https://elibro-net.ezproxy.unbosque.edu.co/es/ereader/unbosque/78906>

28. Instituto superior de estudios psicológicos, 2020. *Técnicas de intervención en musicoterapia - ISEP*. [online] ISEP. Disponible en:
<https://www.isep.es/actualidad-educacion/tecnicas-intervencion-musicoterapia/>
29. Carreras NO. Musicoterapia: fundamentos, aspectos prácticos y aplicación a niños hospitalizados. 2015.
30. ISEP. Técnicas de intervención en musicoterapia [Internet]. ISEP. 2020 [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.isep.es/actualidad-educacion/tecnicas-intervencion-musicoterapia/>
31. Leubner D, Hinterberger T. Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Front Psychol*. 2017 jul 7; 8:1109. doi:
10.3389/fpsyg.2017.01109. PMID: 28736539; PMCID: PMC5500733.
32. Depresión mayor en el adulto: psicoterapia y otros tratamientos no farmacológicos [Internet]. España: Víctor M. Torrado Oubiñ; 2021 [citado 22 agosto 2022]. disponible en:
https://www-clinicalkey-es.ezproxy.unbosque.edu.co/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_2620
33. Salerno, G., Cefaratti, L., Romero-Naranjo, F. J. The BAPNE Method: A new approach and treatment for depressive disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2017; 237: 1439-1443.
34. K. Feng, Y. Cheng. Patient Reflections on Individual Music Therapy for a Major Depressive Disorder or Acute Phase Schizophrenia Spectrum Disorder. 2019. 2020 [citado el 18 de octubre de 2022].

35. J. Erkkilä, O. Braban. Music Therapy for Depression Enhanced With Listening Homework and Slow Paced Breathing: A Randomised Controlled Trial. 2021. [citado el 18 de octubre de 2022].
36. Zoppi L. Music therapy: Types and benefits for anxiety, depression, and more [Internet]. Medicalnewstoday.com. . Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/music-therapy>
37. Paul, N. Lotter, C. Van, W. Patient reflections on individual music therapy for a major depressive disorder or acute phase schizophrenia spectrum disorder. *J. Music Ther.* 2020; 57(2): 168-192
38. Biomarkers of Stress in Music Interventions: A Systematic Review. Melanie Mitsui Wong, BHSC, Talha Tahir, BHSC, Michael Mitsui Wong, Annilee Baron, MTA, Rachael Finnerty, RP, MTA, MA, MMT. *Journal of Music Therapy*, Volume 58, Issue 3, Fall 2021, Pages 241–277
39. McPherson, T. Berger, D. Alagapan, S. Fröhlich, F. Active and passive rhythmic music therapy interventions differentially modulate sympathetic autonomic nervous system activity. *J. Music Ther.* 2019; 56(3): 240-264
40. O. Caballero, J. Mori, N. Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2010; 14(2): 1-5.
41. Benenzon, R. *Manual de Musicoterapia.* 1985. Barcelona: Ed. Paidós, 271-76.
42. Torres, Y. M. Diez, L. G. Martínez, A. D. L. La musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2014. 39(9).

43. Rojas, D. G. Angulo, G. P. Rodríguez, R. M. S. Efectos de la Musicoterapia en el Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Educación Inclusiva*. 2018; 11(1): 175-192.
44. Sanidad, D. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto.
45. Calvet, M. C. M. La eficacia de escuchar música para reducir los síntomas depresivos en adultos. *Revista Ene de Enfermería*. 2015; 9(3).
46. Consejo general de psicología de España. INFOCOP. 2019 [Internet]. La PAHO y la OMS piden que se incremente la inversión en salud mental. [citado 28 May 2021]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8005
47. Eizaguirre, M. P. Music therapy: enabling tool for the change of the social relations in a high school/Efectos de la Musicoterapia en las relaciones sociales de grupos de adolescentes en un centro educativo. *Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical*. 2018; 15: 175-192.
48. Dvorak, A. Landeck, L. Dyer, W. Spiegel, D. Dialectical Behavior Therapy Skills Training with Music Therapy Interventions for Adults with Serious Mental Illness: A Quasi-Experimental Nonequivalent Control-Group Pilot Study. *J. Music Ther.* 2022; 59(3): 205-238.
49. Hernandez-Ruiz, E. Dvorak, A. L. Music stimuli for mindfulness practice: A replication study. *J. Music Ther.* 2021; 58(2), 155-176.
50. Silverman, M. J. Music therapy and therapeutic alliance in adult mental health: A qualitative investigation. *J. Music Ther.* 2019; 56(1): 90-116.

51. Kern, P. Tague, D. B. Music therapy practice status and trends worldwide: An international survey study. *J. Music Ther.* 2017; 54(3): 255-286.
52. Silverman, M. J. Gooding, L. F. Yinger, O. It is... complicated: A theoretical model of music-induced harm. *J. Music Ther.* 2020; 57(3): 251-281.
53. Paul, N. Lotter, C. Van Staden, W. Patient reflections on individual music therapy for a major depressive disorder or acute phase schizophrenia spectrum disorder. *J. Music Ther.* 57(2), 168-192.
54. Martínez, C. A. L., Pérez, L. D. C. A., Gutierrez, A. G. T., Casas, I. C. M. La musicoterapia como una modalidad terapéutica reguladora de las emociones en las personas prejubilables. *Medicentro.* 2021; 25(1): 92-106
55. Miranda, M. C., Hazard, S. O., Miranda, P. V. La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Revista chilena de neuro-psiquiatría,* 2017; 55(4): 266-277.
56. Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, M. V., Rodríguez-Domínguez, M. T., Prieto-Tato, M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2013; 48(5): 238-242.
57. Evora S, S. Musicoterapia, la canción que reduce drásticamente la ansiedad. Elsevier. 2017.
58. Alaminos F, A. F. La música como lenguaje de las emociones. Un análisis empírico de su capacidad performativa/Music as a language of emotions. An empirical analysis of itr performative capacity. *Revista de ciencias sociales.* 2014; 9(1): 15-42.

59. De Witte, M., Pinho, A. D. S., Stams, G. J., Moonen, X., Bos, A. E., Van Hooren, S. Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2022; 16(1): 134-159.
60. Lucia Gassner, Monika Geretsegger, Julia Mayer-Ferbas, Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews, *European Journal of Public Health*, Volume 32, Issue 1, February 2022, Pages 27–34,
<https://doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1093/eurpub/ckab042>
61. Torres A. M. La Musicoterapia Prenatal y el Vínculo Materno - Fetal. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. 2010: 1-95
62. Chen, J. Diagnosis, Mechanism, and Current Treatment of Depression: Current Situation and Future Directions. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences*, 2021. 10(3), 125–129.
<https://doi.org/10.18178/ijpmbs.10.3.125-129>