UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA MUSICOTERAPIA COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS MULTIPLES EN EL TRATAMIENTO DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN FASE CRONICA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

ESTHER MUROW TROICE

DIRECTOR DE TESIS: MTA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

COMITE DE TESIS:
DRA. SELENE CANSINO ORTIZ
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
DRA. MARIA ELENA MEDIA-MORA ICAZA

MEXICO, D.F. 1997

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:
Salomón q.e.p.d. y Sonia, quienes pusieron la música en mi vida.

A mi familia:
Jane y Raúl
Jaime y Betty
Rebeca y Carlos
Silvia

A mis sobrinas:
Regina, Sharon, Daphne, Talyah, Karen y Aliza.

A quienes ya no están entre nosotros pero que dejaron su huella indeleble en su paso por mi vida:
A mi tía Frida
A mi maestro el Dr. Darío Urdapilleta Bueno.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que me apoyaron en la realización de este trabajo. La colaboración personal de maneras diversas y diferentes de cada uno de ellos, forma parte de cada una de las páginas que constituyen este trabajo:

Al Dr. Ramón de la Fuente, Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría por la oportunidad que me brindó de participar en el proyecto de investigación motivo de este trabajo, pero sobre todo por su interés en la musicoterapia.

A la Dra. Fayne Esquivel mi directora de tesis, por su apoyo y asesoría, así como por su interés y su entusiasmo en este trabajo.

A las Dras. Selene Cansino, Luisa Rossi, Emilia Lucio y María Elena Medina-Mora, por sus aportaciones en la revisión de esta tesis.

A la Psic. Claudia Unikel por su ayuda en el procesamiento de los datos y en el análisis estadístico. A la Psic. Yolanda Montoya, por su colaboración como coterapeuta en el grupo de musicoterapia. A la Dra. Rosa Díaz Martínez por su apoyo.

A Angélica Verduzco, y a todas mis amigas y amigos, quienes me acompañaron fiel y lealmente durante todo el proceso de elaboración de la tesis.

A la Dra. Hilda Díaz por su apoyo incondicional, por su confianza en mí

A los pacientes que participaron en este proyecto, sin quienes este trabajo no hubiera sido posible.

INDICE

	Página
1. INTRODUCCION	1
2.MARCO TEÓRICO	
2.1. LA ESQUIZOFRENIA	3
2.1.1 Definición	3
2.1.2 Epidemiología	3
2.1.3 Características clínicas para el diagnóstico	3
2.1.4 Curso de la enfermedad	5
2.1.5 Etiología de la esquizofrenia	5
2.1.6 El tratamiento	6
2.2. El empleo de la musicoterapia en el tratamiento de los enfermos mentales	
2.2.1 Definición de musicoterapia	9
2.2.2 Historia	10
2.3 Antecedentes	12
2.4 Aplicaciones clínicas de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.	15
2.5 Clasificación de programas y técnicas de musicoterapia en el tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos.	18 18
2.6 Descripción de técnicas de musicoterapia	19
2.7 intervenciones clínicas de musicoterapia en pacientes con esquizofrenia	40
3. MÉTODO	
3.1 Justificación	47
3.2 Objetivos del estudio	48
3.3 Definiciòn de términos	48
3.4 Variables	49
3.5 Hipótesis	49
3.6 Diseño del estudio	50
3.7 Descripción de la muestra	51
3.8 Procedimientos	52
3.9 Instrumento	55
4. RESULTADOS	
4.1 Características sociodemográficas	60
4.2. Resultados obtenidos del instrumento	63
4.3 Consistencia interna del instrumento	66
5. DISCUSIÓN	
5.1 La selección y las características de la muestra	67
5.2 El tamaño de la muestra	67
5.3 Resultados obtenidos del instrumento	68
5.3.1 Escala de autoconcepto	68

5.3.2 Escala de relaciones interpersonales 69
5.3.3 Escala de ocupación del tiempo libre 70
5.3.4 Escala de altruismo/optimismo 71
5.4 El instrumento 72
6. CONCLUSIONES 74
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 85
REFERENCIAS 87
ANEXO 1:
Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients (Evaluación inicial para el ingreso a músicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes psiquiátricos) (Braswell, Brooks, Decuir, Humphrey, Jacobs y Sutton, 1983, 1986)

1. INTRODUCCION.

La esquizofrenia es quizás el trastorno psiquiátrico que más se ha estudiado. Las características de la enfermedad, el deterioro que sufren las personas que la padecen y el costo económico, emocional y social que tiene para sus familias la han hecho objeto de innumerables estudios. Con frecuencia la familia de los pacientes con esquizofrenia sufren de infelicidad y malestar, pérdidas económicas, y riesgos a su seguridad personal, (Vine, 1982; Noh y Turner, 1987 Lefley, 1989).

Tanto la enfermedad como los pacientes que la padecen han sido estudiados desde muchos puntos de vista: la sintomatología, su evolución, las características de los pacientes que la padecen, el desarrollo de éstos, las características de su familia, de su medio económico y cultural. También se han investigado un sinnúmero de tratamientos que van desde el farmacológico hasta las intervenciones psicológicas y sociales, entre las que se encuentran la psicoterapias, las terapias ocupacionales, los hospitales de día, las terapias de expresión artística, etc.

Los resultados reportados son diversos y parece ser que el único acuerdo mas o menos generalizado que existe en la literatura científica es que la combinación de medicamentos con intervenciones terapéuticas diversas es lo que más éxito tiene para recuperar el funcionamiento y retrasar el deterioro de estos pacientes.

A pesar de la gran cantidad de estudios sobre este trastorno (alrededor de 12,000 referencias cada 5 años, Psychlit, 1989- 1994), no se ha encontrado un solo tratamiento que se pueda considerar como efectivo para evitar el deterioro, las recaídas y el alto costo emocional que éste trastorno implica para el paciente , su familia y en última instancia para la sociedad. Las investigaciones reportan estudios que emplean fármacos- área en la que ha habido avances importantes en los últimos años -, así como fármacos combinados con el

empleo de psicoterapia, con el desarrollo de habilidades psicosociales, con desarrollo de habilidades cognitivas. rehabilitación psicosocial. (Anthony, 1982)

El presente estudio es parte de un programa integral para el Tratamiento y la Rehabilitación del paciente esquizofrénico desarrollado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con el objeto de tratar de desarrollar y encontrar un modelo, adecuado a las características de los pacientes en nuestro país. El objetivo es mejorar el funcionamiento de éstos en la comunidad de acuerdo con su potencial y sus posibilidades

El presente trabajo tiene por objeto describir el trabajo terapéutico y de investigación en el que se empleó la musicoterapia como técnica terapéutica. Este trabajo se realizó con un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica, mismos que vivían en la comunidad- la mayor parte de ellos en casa, y que asistieron a la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría para solicitar atención y tratamiento. Estos pacientes participaron en un programa de intervenciones terapéuticas múltiples.

En este proyecto se compararon dos grupos uno control y uno experimental que asistió a un programa de intervenciones terapéuticas múltiples. Se les aplicó un pretest y un postest y se compararon los resultados. En este trabajo se describe el trabajo realizado empleando la musicoterapia como técnica terapéutica así como la participación y la evolución de los pacientes. Se presenta la evaluación de los resultados del tratamiento de musicoterapia empleando un instrumento específicamente diseñado para evaluar a los participantes en un programa de musicoterapia y/o de terapias de actividades.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LA ESQUIZOFRENIA.

2.1.1 Definición:

Según el DSM-III-R, (1987) la esquizofrenia es un trastorno mental en el que el individuo experimenta alteraciones profundas del pensamiento, de la percepción, del afecto y de la conducta. Las percepciones distorsionadas, las ideas irracionales, las fantasías bizarras, los pensamientos "ilógicos", el lenguaje peculiar, el afecto inapropiado y la expresión inadecuada de éste son parte de la enfermedad.

Durante algunas fases de la enfermedad el paciente pierde completamente el contacto con la realidad y consigo mismo.

2.1.2 Epidemiología.

El porcentaje de ocurrencia de este trastorno en la población general es del 1%. (APA, 1987).

2.1.3 Características clínicas para el diagnóstico.

En general, la esquizofrenia se inicia en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. El 50 % de los casos se diagnostican entre los 18 y los 25 años. De acuerdo con el DSM-III-R (1987), las principales características clínicas de las personas que sufren esta enfermedad son:

a) Trastornos de la forma del pensamiento: Esto significa que se pierde la conexión lógica entre las ideas y su expresión verbal. El paciente puede comenzar a hablar de un tema y terminar con otro, o el discurso es tangencial e ilógico. Se pierde la meta de la expresión verbal. Es posible que las palabras se repitan sin sentido o que se inventen nuevas palabras. Esto se conoce como asociaciones laxas en el lenguaje.

b) Trastornos en el contenido del pensamiento: El trastorno más frecuente en esta área son los delirios. Estos son creencias que carecen de base en la realidad y que el paciente sostiene a pesar de las evidencias de que éstos son falsos. Los delirios pueden ser tan profundos y tan fuertes que le sirven al paciente como centro para la organización de su conducta. Los tipos de delirios más frecuentes son: los delirios de referencia, los delirios de influencia y control y los delirios de persecución y de grandeza.

c) Trastornos de la percepción: Generalmente estos se refieren a las alucinaciones. Como se sabe éstas son experiencias sensoriales que ocurren en ausencia de estímulos externos. El paciente reporta que escucha voces cuando no existe voz alguna a su alrededor. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes en la esquizofrenia. En general, las voces que escuchan les hacen comentarios negativos, acusatorios o devaluatorios y pueden también ordenarles que hagan cosas que no quieren hacer, como lastimarse a ellos mismos o lastimar a otras personas.

d) Trastornos del afecto: El afecto se refiere a la expresión observable de las emociones. La expresión del afecto en los pacientes esquizofrénicos muestra características peculiares: Su intensidad puede estar disminuida, o puede mostrarse emocionalmente indiferente o apático (afecto aplanado). Las reacciones emocionales pueden ser inapropiadas e inusuales.

e) Trastornos del sentido del Yo: Este trastorno se expresa como inseguridad sobre la propia identidad y existencia, así como en confusión sobre lo límites entre sí mismo y los otros.

f) Trastornos de la volición: Estos se manifiestan como apatía, sentimientos de ambivalencia y una incapacidad abrumadora para tomar iniciativas y decisiones.

g) Trastorno de la relación con el mundo externo: las personas que padecen esquizofrenia pueden vivir a su entorno como impredecible, confuso y atemorizante. Es posible que la persona se retraiga de la realidad y se preocupe constantemente por sus delirios, sus alucinaciones o sus fantasías. La comunicación con estos pacientes puede ser

muy complicada y las relaciones interpersonales y la interacción social pueden llegar a deteriorarse mucho.

Existen varios tipos de esquizofrenia, que se clasifican de acuerdo con los síntomas predominantes y son: esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia indiferenciada y esquizofrenia simple.

2.1.4 Curso de la enfermedad. En general, la esquizofrenia se inicia al final de la adolescencia. Con frecuencia, el paciente ha mostrado desde su niñez o adolescencia algunos signos de un desarrollo atípico de la personalidad como pueden ser timidez extrema, introversión, torpeza social, suspicacia e incapacidad para establecer relaciones interpersonales cercanas.

El inicio de la enfermedad puede verse precedido por un patrón prodrómico. El inicio agudo se caracteriza por la aparición repentina de los síntomas psicóticos como confusión, agitación, afecto inadecuado y alucinaciones. El patrón prodrómico sigue un curso de deterioro gradual en el funcionamiento de la personalidad que termina finalmente en el establecimiento de los síntomas psicóticos, (DSM-III-R, 1987).

En la fase activa se pueden presentar alucinaciones, delirios, asociaciones laxas, trastornos del afecto y conducta desorganizada. Esta fase puede durar de una a varias semanas y en general los síntomas más graves pueden controlarse con medicamentos.

A la fase activa sigue la fase residual, en la cual los síntomas psicóticos se presentan intermitentemente, pero durante la cual el nivel de funcionamiento general del paciente se deteriora de manera notoria, en especial durante los primeros seis meses.

2.1.5 Etiología de la esquizofrenia. Actualmente no existe una sola teoría que pueda explicar de manera completa la causa de esta enfermedad. Las teorías deben ser consideradas como explicaciones de factores que contribuyen a comprender el origen de este trastorno. Recientemente, las dos teorías que mas atención han recibido son la teoría genética y la bioquímica. (Goodwin y Guze, 1979).

La primera se basa sobre todo en los estudios realizados con familiares en primer grado de pacientes con esquizofrenia, en quienes la incidencia de la enfermedad aumenta

notablemente comparada con la población general. Parece ser que el riesgo más alto aparece cuando ambos padres de una persona son esquizofrénicos. Los estudios en gemelos muestran que las probabilidades para ambos hermanos de enfermar es mucho mayor en gemelos monocigóticos que dicigóticos. Los estudios con niños adoptados muestran la misma tendencia: los hijos de padres esquizofrénicos, aunque hayan crecido en ambientes "normales" tienen el mismo riesgo de enfermar que si hubieran crecido con sus padres biológicos.

Las teorías bioquímicas sugieren que existe un desequilibrio de algunos neurotrasmisores en el cerebro que están implicados en la esquizofrenia (Andreasen, 1984). Los estudios muestran que en muchos esquizofrénicos el sistema del cerebro que emplea la dopamina y la epinefrina como neurotrasmisores puede estar afectado y la transmisión y recepción de dopamina es anormal. Algunos de los síntomas pueden aliviarse con medicamentos específicos (Scully, 1985),.

Las teorías psicosociales explican a la esquizofrenia como el resultado de un desarrollo defectuoso de la personalidad causado por relaciones interpersonales inadecuadas o trastornadas. Se ha prestado mucha atención a las relaciones padres-hijos o a patrones de interacción familiar patológicos. Los estudios que investigan estas teorías muestran que aunque algunos esquizofrénicos tienen antecedentes familiares anormales, la historia de ellos varía notablemente. Asimismo, algunos de los problemas psicológicos y sociales en la vida de los esquizofrénicos pueden ser más la consecuencia que la causa de su enfermedad. No se puede pasar por alto que los estresores sociales pueden contribuir al inicio de la enfermedad en una persona que tiene la predisposición a ésta (Scully, 1985).

2.1.6 Tratamiento. La hospitalización de la persona enferma es indicada durante la fase aguda de la enfermedad, esto con objeto de brindar protección, hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento; especialmente si el paciente representa un peligro para los demás o para él mismo.

En general se emplean dos líneas simultáneas de tratamiento: la farmacoterapia y las terapias psicosociales (Smeltekop y Houghton, 1990). La primera reduce o elimina los

síntomas psicóticos como las alucinaciones, los delirios agudos, la ansiedad, la hostilidad, etc. (Andreassen, 1984). Estos medicamentos, conocidos como neurolépticos, se emplean en dosis menores durante la fase residual de la enfermedad. Al disminuir los síntomas psicóticos, el medicamento estabiliza el funcionamiento de la personalidad del paciente y le permite estar más accesible al tratamiento y a la rehabilitación.

Los medicamentos neurolépticos han venido a cambiar la vida de los pacientes psicóticos, para quienes el destino les deparaba una prolongada estancia en un pabellón psiquiátrico. A pesar de ello, actualmente muchos estudios muestran que el tratamiento farmacológico por si solo es mucho menos eficaz que si se le combina con psicoterapia (Gmeltekop y Houghton, 1990)

La psicoterapia orientada al logro del insight se puede emplear con pacientes que tienen una percepción y sentido más o menos estable de su yo, para que sean capaces de comprender su propia conducta y tolerar la relación cercana con el terapeuta. Esta forma de psicoterapia permite al paciente comprender su enfermedad, sus conflictos intrapsíquicos y las consecuencias sociales y emocionales de ella resultantes.

El objetivo a largo plazo es que el paciente desarrolle un yo más fuerte y que aprenda las estrategias para enfrentar a la realidad y así pueda llevar una vida satisfactoria a pesar de su enfermedad.

Las terapias psicosociales han sido ampliamente usados en el tratamiento de las pacientes con esquizofrenia. Las habilidades sociales son "respuestas específicas necesarias para el funcionamiento social efectivo y hacen una contribución única al desempeño de roles sociales y a la calidad de vida, se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida y se correlacionan modestamente con los síntomas negativos" (Mueser et al, 1991 y Bellack et al, 1990, citados en Bellack y Mueser, 1993). Éstas terapias se enfocan al entrenamiento de diferentes aspectos del funcionamiento del paciente como son las habilidades sociales específicas el autocuidado la interacción social, el funcionamiento laboral; la rehabilitación cognitiva y las intervenciones con la familia. (Bellack y Mueser, 1993). Aunque los resultados obtenidos de éstas intervenciones "no han llenado las expectativas de los

investigadores " han mostrado ser componentes muy necesarios para mejorar el nivel de funcionamiento, la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos (Bellack y Mueser, 1993).

Las terapias psicosociales pueden ser individuales o grupales. La primera meta es establecer una relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta con objeto de que el primero pueda enfrentar y manejar su enfermedad. También se trata de encontrar formas para optimizar el empleo de sus habilidades y modificar en la medida de los posible, los patrones de conducta inadecuados.

La experiencia terapéutica puede ayudar a los pacientes a probar la realidad en un ambiente de aceptación y apoyo. Las técnicas empleadas pueden ser muy variadas: desde enseñarles formas para la relajación y disminución de la ansiedad, hasta maneras de estructurar su rutina y horarios de manera que su vida pueda ser predecible y la realidad menos amenazante. El papel del terapeuta es básicamente apoyar, reforzar y guiar a la persona enferma en diversas áreas de su vida.

Cuando se reportan los estudios sobre tratamientos psicosociales y de especialmente de entrenamientos de habilidades psicosociales, se habla del entrenamiento de áreas como las habilidades para conversación,, asertividad, habilidades heterosociales, manejo del medicamento, etc. (Bellack, y Mueser, 1993; Anthony y Farkas, 1982).

El manejo delas habilidades para el empleo del tiempo libre es un área que no se ha estudiado en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Se ha reportado que la falta de habilidades psicosociales es el principal motivo por el que los pacientes que viven en la comunidad vuelven a ser institucionalizados (Bennett, 1987-88; Anttinnen, 1983), por lo que la adquisición de éstas ha sido el objetivo de un sinnúmero de programas de intervención (Bellack y Mueser, 1993; Maurer, et al. 1989; Anttine, 1983; Liberman, 1982)

En la literatura sobre rehabilitación del paciente con esquizofrenia se encontraron únicamente dos referencias que tratan sobre el empleo del tiempo libre en estos pacientes lo

cual brinda poca información en un área que se considera como una de las habilidades que de no encontrarse adecuadamente desarrollada, puede causar la causa (Pelham et al. 1993).

La musicoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia ha sido empleada para ayudar a establecer y mejorar las relaciones interpersonales (Di Moura et al, 1984; Vidojkovic, 1979), para establecer contacto con pacientes que no se pueden comunicar con el mundo externo (Stephens, 1981, Hudson, 1973), para mejorar la autoestima (Longhofer y Floerch, 1993), para permitir la expresión de sentimientos y emociones,(Talerico, 1986)

2.2. EL EMPLEO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES.

2.2.1 Definición de musicoterapia.

La musicoterapia es definida por la National Association for Music Therapy como:

> ...el empleo de la música para el logro de los siguientes objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejoramiento de la salud física o mental. Es la aplicación sistemática de la música, conducida por un musicoterapeuta dentro de un ambiente terapéutico, para lograr los cambios deseados en el individuo que está bajo tratamiento, de manera que pueda obtener una mejor comprensión de si mismo y del mundo que le rodea, y así lograr una mejor adaptación a la sociedad.
> Como miembro de un equipo de profesionales, el musicoterapeuta participa en el análisis de los problemas del individuo y en la planeación de los objetivos generales del tratamiento, antes de planear y aplicar técnicas musicales específicas. Se realizan evaluaciones periódicas para determinar la efectividad de los procedimientos empleados. (NAMT, 1980)

De acuerdo con Bruscia (1989), "es difícil definir la musicoterapia porque es "una combinación dinámica de muchas disciplinas que giran alrededor de dos áreas principales: la música y la terapia" y define y musicoterapia como ", y la define como ".un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener y restaurar su bienestar, a través de la música y de experiencias musicales y de las relaciones

que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio".(Bruscia, 1987)

2.2.2 Historia

El origen del empleo de la música como terapia puede ser hallado en los tiempos inmemoriales: se sabe, aunque no se ha encontrado evidencia directa, que la música era usada para hacer encantamientos, magia, para rezar y como elemento curativo. Tal vez la evidencia más directa de ello son los instrumentos que parecen haber sido empleados para hacer música. No existe registro de la música en si, existen ilustraciones de una caja de resonancia de un arpa hallada en Ur y se piensa que fue construida en el año 600 A.C., pero el sonido que producía será para siempre desconocido. El conocimiento de la música en si es mucho mas reciente y se debe al invento de las notaciones musicales.(Feder y Feder, 1981).

En cuanto al empleo de la música como elemento terapéutico, a través del estudio y conocimiento de algunas tribus "primitivas" en África, se sabe que se emplea desde la época prehistórica. En algunas partes de dicho continente el "medico" toca un tambor mágico y un Oumbi sobre el estómago del paciente para aliviarlo. En las tribus Indias de Ontario, los magos y los Shamanes también son los maestros de música. Curt Sachs señala que en muchas partes del mundo, la música servía más para un propósito mágico que para uno estético (Sachs, 1955). En muchas civilizaciones se han encontrado cantos mágicos.

Los egipcios, los griegos y los hebreos. Se sabe que en las civilizaciones antiguas se empleaban las artes, y en particular la música en el tratamiento de enfermedades físicas y mentales. Los sacerdotes-médicos egipcios se referían a la música como lo "físico del alma". Ellos registraban sus cantos en pergaminos.

Ya en la Biblia se anota el valor terapéutico de la música: dice " Y cuando el espíritu malo de parte de Dios venía sobre Saúl, David tomaba el arpa y tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él."(Samuel I, 16; 23).

Los griegos, quienes desde temprano comprendieron la relación que existe entre el cuerpo y el alma, también comprendieron claramente el vínculo entre la música y la medicina. Apolo era tanto el Dios de la música como el médico de los dioses. Orfeo, el

primer músico entre lo mortales poseía curas misteriosas, y su música tranquilizaba a las bestias salvajes. Los templos dedicados a Esculapio fueron santuarios de curación así como templos de adoración y siempre estaban presentes "especialistas en himnos" llamados "aretálogos", así como sacerdotes. El mismo Esculapio recetaba música para los problemas emocionales.

Los griegos emplearon la música como terapia tanto de manera racional como en el dominio de lo místico. Platón consideraba a la música la "medicina del alma". La música siempre fue asociada a las matemáticas y Platón decía que cuando el alma perdía su armonía, el ritmo y la melodía la ayudaban a restaurar el orden y la concordia. (Feder y Feder, 1981).

Aristóteles identificó el valor catártico de la música y afirmaba que las personas que padecían de emociones incontrolables, "después de escuchar melodías que elevaban su alma hasta el éxtasis, volvían a su condición normal como si hubieran experimentado un tratamiento médico purgativo". (Alvin, 1975).

Pitágoras empleaba la música y la danza con pacientes enfermos mentales. introdujo la teoría de la psicobiosis en la cual la música -llamada medicina musical - jugaba un papel central para promover el orden, la proporción y la mesura. De acuerdo con Bruno Meinecke, Pitágoras merece ser llamado el "padre de la psicoterapia". (Meinecke, 1948).

La mayor parte de las referencias históricas hablan del poder terapéutico de escuchar música. Aún entonces, como a veces sucede actualmente los médicos griegos tenían cuidado y prevenían sobre el mal uso de las prácticas terapéuticas populares. Celio Aureliano condenaba el empleo indiscriminado de la música después de que observó que "en el tratamiento de la locura, algunos médicos empleaban música excitante sin ninguna discreción o cuidado lo cual provocaba efectos positivos inmediatamente pero que podían causar mucho daño en algunos casos". (Feder y Feder, 1981)

La Edad Media Durante la Edad Media las artes ocuparon una posición ambigua. Por una parte, las artes plásticas y la música fueron puestas al servicio de Dios y de la religión, por otra parte, la música profana y la danza eran vistas como un instrumento del diablo. Esta ambivalencia tiene su ejemplo mas claro en la validación que hizo la Iglesia de la

danza mas popular de Italia: la *tarantella*: existía en Italia una enfermedad - el tarantismo- que ocurría con mucha mas frecuencia durante el verano y que se atribuía a los piquetes de la tarántula. Los síntomas eran crisis convulsivas alternadas con retraimiento, inactividad y postración. la única cura era la catarsis que se lograba a través de la danza, la música y el empleo simbólico de los colores. De acuerdo con los expertos, estas danzas convulsivas, eran realmente trastornos neuróticos que recibían un sinnúmero de nombres. De cualquier manera, la cura era la danza a la música de una *tarantella*. Ernesto de Martino llama a los músicos de aquella época musicoterapeutas en todo el sentido de la palabra ya que conocían los síntomas de la enfermedad, sabían que música debían emplear, debían encontrar la música apropiada para la araña que había picado al paciente (ya que había diferentes tipos de tarántulas que picaban) y tenían que organizar su intervención de acuerdo con las etapas que presentaba la enfermedad. (Alvin, 1975)

Cabe señalar que la concepción integral que los médicos musulmanes y judíos tenían sobre el ser humano y su enfermedad era distinta a la que se tenía en Occidente, en los países cristianos. La música representaba el orden y jugaba un papel importante en la medicina. En los hospitales de El Cairo se tocaba música continuamente, empleándose la voz y algunos instrumentos de cuerda de acuerdo con la proporción del orden universal. (Moretti, 1978).

El renacimiento El mundo occidental redescubrió a los griegos a través de los sabios musulmanes y judíos. Durante el renacimiento hubo un nuevo interés primero en la literatura clásica y posteriormente en las ideas artísticas y médicas de los griegos, mismas que se fueron adoptando sin discriminación crítica alguna.

Durante esta etapa se renovó el interés en el empleo de las artes como terapia y en especial en el uso médico de la música.

2.3 ANTECEDENTES

La bibliografía muestra que cada vez más las terapias de arte ocupan un lugar importante en las rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, y que sus roles o funciones se amplían y se enriquecen .

En el caso de la musicoterapia, se reporta que en un principio su empleo en los hospitales psiquiátricos era de tipo educativo y recreativo, donde las instituciones organizaban coros o grupos instrumentales para entretenimiento de los pacientes. Después de la II Guerra Mundial la musicoterapia empezó a ser aceptada como forma de tratamiento en los Hospitales para Veteranos de Guerra y en los hospitales estatales en los Estados Unidos y su papel recreativo se modificó hacia uno de tipo terapéutico y rehabilitatorio (Unkefer, 1991).

En 1965, Michel reporta que las mayoría de los musicoterapeutas trabajaban en hospitales estatales y que los pacientes eran referidos a musicoterapia más por el "interés" que mostraban que por razones terapéuticas. Las actividades más frecuentes eran escuchar música, los coros y los programas preparados para ocasiones especiales. En estudios posteriores, Braswell et al. (1989), Lathom, (1982) y McGinty, (1980) reportan que los musicoterapeutas realizaban cada vez menos presentaciones y que se enfatizaban más las actividades con un enfoque multidimensional hacia el tratamiento; las técnicas que se usaban incluían las terapia en grupo, actividades de movimiento creativo, técnicas de imágenes guiadas con música, además de deportes y trabajos manuales.

Tang et al. (1994), reportan en China el empleo de la musicoterapia tanto pasiva(escuchar música) como activa con pacientes esquizofrénicos, reportando una disminución en los síntomas negativos de su aislamiento social y un incremento en su habilidad para conversar con otros.

También se reporta que los pacientes esquizofrénicos mejoran en su estado clínico y en su interacción con el terapeuta a través de un programa de música improvisacional. Los autores afirman que además, la musicoterapia individual facilita la interacción social, el desarrollo de interacciones personales cercanas y las habilidades de comunicación. (Pavlicevic et al. 1994).

Actualmente las intervenciones de los musicoterapeutas están orientadas hacia los objetivos terapéuticos de los pacientes y están basadas en las necesidades psicológicas, conductuales y sociales de éstos (Unkefer,1991).

Se ha demostrado que la musicoterapia tiene de muchas maneras un efecto positivo en los pacientes psiquiátricos. Graham (1980) afirma que la musicoterapia "ofrece un elemento de la experiencia humana que la psicoterapia directa - sin importar que tan bien se realiza- no puede brindar".

Como terapia expresiva, la musicoterapia conduce al paciente hacia la reconstrucción y la reeducación en un ambiente de apoyo sin que tenga que depender de la verbalización.

Cuando se prepara a los pacientes para reintegrarse a la comunidad las intervenciones que se hacen en musicoterapia ayudan a reducir las conductas inapropiadas como son un intervalo de atención demasiado corto, la incapacidad para seguir instrucciones, la interacción verbal y motora inadecuadas. Cook y Freethy (1973) empleaban el estímulo de tocar el piano contingente a la conducta quejumbrosa de una paciente esquizofrénica para reducir esta conducta inadecuada. Williams y Dorow (1983) redujeron esta misma conducta en una paciente crónicamente deprimida empleando retroalimentación verbal y musical. Hack y Martin (1970) emplearon el tiempo fuera de la música para disminuir el ritmo y la frecuencia de balanceo, chasquido de dedos y caminar constante de una paciente con esquizofrenia.

Asimismo, se encontró que la reducción de estas conductas indeseables se transferían o se conservaban en la conducta de los pacientes en ambientes diferentes.

Los estudios que se reportan sobre el trabajo con musicoterapia y otras terapias de arte y pacientes psiquiátricos, describen en su mayoría el trabajo clínico con grupos pequeños o a nivel individual (Alridge, 1993; Zagelbaum y Rubino, 1991; Langdon, Pearson, et al. 1989; Chun et al.. 1987; Haakenaasen y Ugelstad, 1986; Lubaert, 1985; Stephens, 1981; Kupperschmitt, y Sizaret, 1981; Priestly, 1980;).

Nick (1987) describe el trabajo realizado con un grupo de pacientes esquizofrénicos cuyo objetivo era superar las dificultades en las áreas de lenguaje y vocalización, empleando instrumentos y estímulos musicales. El autor propone que la musicoterapia ofrece nuevos canales para la comunicación concreta y simbólica.

De Moura -Costa y de Sampaio(1984), describen el empleo de la musicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales de un grupo de pacientes esquizofrénicos, mismas que mejoraron en comparación con las del grupo control.

Se ha encontrado que la musicoterapia es una técnica útil para mejorar el autoconcepto (Adler, 1984; Carle, 1982; Palmer, 1977,). y que éste se puede modificar a través de la participación en actividades musicales estructuradas (Johnson, 1981; Michel and Martin, 1970). En el trabajo con pacientes psiquiátricos, Henderson (1983) reporta que las actividades musicales pueden funcionar efectivamente como agentes psicoterapéutico para mejorar el autoconcepto de los pacientes.

psiquiátricos.

La musicoterapia se ha empleado para mejorar las habilidades de socialización esta área ya que promueve y sirve como guía para la interacción entre los pacientes y que ayuda a manejar las situaciones interpersonales (Ridgeway, 1976). Este mismo autor observó que la interacciones se manifestaba en conductas como la verbalización de sentimientos y pensamientos, en participación y cooperación con el grupo y observando y respondiendo a las necesidades de los otros.

Vidojkovic (1979) en un trabajo realizado con pacientes psiquiátricos encontró que la música era un factor esencial en la resocialización de estos pacientes.

2.4 APLICACIONES CLÍNICAS DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

El empleo clínico de la música varía muchísimo dependiendo del tipo de pacientes con los que se trabaje.

El hecho de que la música pueda ser empleada en una gran variedad de tipos de programas terapéuticos se debe a su flexibilidad como forma de expresión artística. La música puede tener significado a cualquier edad y cumplir con una gran cantidad de funciones en la sociedad. Considérese lo diferentes que son las canciones infantiles, la música folklórica o una Sinfonía de Mozart. Cualquier persona puede encontrar algún tipo de música que le agrade o le interese, esto contribuye a la accesibilidad de la música. Asimismo, el

musicoterapeuta puede adaptar casi cualquier estructura o actividad musical para satisfacer los niveles de funcionamiento de sus pacientes.

Para comprender el trabajo con pacientes psiquiátricos, las formas de intervención de la musicoterapia han sido clasificadas de tres maneras: (Davis, Gfeller y Thaut, 1992)

A) De acuerdo con los niveles de terapia en grupo, basadas en el nivel funcional y las necesidades del paciente.

B) De acuerdo con las orientaciones teóricas del tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

C) De acuerdo con la clasificación o taxonomía de los programas y técnicas de musicoterapia (Davis, Gfeller y Thaut, 1992)

A). De acuerdo con los niveles de terapia en grupo basada en el nivel de funcionamiento de los pacientes.

Wheeler (1983) ha propuesto tres niveles de aplicación clínica para satisfacer las necesidades tan diversas de los pacientes psiquiátricos.

a) La musicoterapia de apoyo, manejada como una terapia de actividades

b) La musicoterapia reeducativa, enfocada al logro del *insight.*

c) La musicoterapia reconstructiva, con una orientación psicoanalítica y al logro de la catarsis.

a) La musicoterapia de apoyo, manejada como una terapia de actividades. Los objetivos terapéuticos en este tipo de enfoque son:

- Mejorar la interacción social.
- Mantener el contacto con la realidad con conciencia del aquí y del ahora.
- Distraer de las obsesiones o de las preocupaciones neuróticas.
- Lograr la participación en las actividades del grupo.
- Controlar las conductas impulsivas.
- Lograr el empleo sano del tiempo libre.(Wheeler, 1983 en Unkefer et al., 1990)

b)La musicoterapia reeducativa, enfocada al logro del *insight.*

En este nivel, los objetivos anteriormente enumerados siguen siendo importantes, pero se hace mas énfasis en la reflexión verbal y en el examen de los procesos de relación

con otras personas, así como en las emociones. En este tipo de enfoque las técnicas musicales empleadas buscan:

- Lograr la identificación y la expresión adecuada de los sentimientos.
- Resolver problemas.
- Crear la conciencia de la conducta que uno expresa.
- Facilitar los cambios de la conducta.

c) La musicoterapia reconstructiva, con una orientación analítica y para el logro de la catarsis.

En este nivel el objetivo es descubrir, aliviar y resolver los conflictos inconscientes que han impedido el desarrollo adecuado de la personalidad. Evidentemente, los musicoterapeutas que emplean este enfoque requieren de entrenamiento especial.

B). De acuerdo con las orientaciones teóricas del tratamiento psiquiátrico.

Como es bien sabido existen varias orientaciones teóricas en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Los modelos que con más frecuencia se emplean son el conductual, el psicodinámico, el cognitivo, el humanístico y el biomédico. El empleo de cada uno de ellos tiene sus implicaciones para la aplicación de la musicoterapia.

C) De acuerdo con la clasificación o taxonomía de programas y actividades de musicoterapia.

Como se mencionó anteriormente, uno de las aspectos más importantes de la musicoterapia es su flexibilidad como herramienta terapéutica. la música existe en una gran variedad de estilos y complejidades, se puede disfrutar escuchándola pasivamente o a través de su ejecución o de su creación. La música puede ser disfrutada por personas con escasa escolaridad o con poco entrenamiento y por personas con muchos conocimientos de ésta y con un entrenamiento muy amplio. Puede ser disfrutada como una entidad autónoma o acompañando a la letra de las canciones, al baile o como parte de una película. Se puede disfrutar de manera individual o en grupo.

A continuación se presentan las categorías de las actividades musicales empleadas en el tratamiento de pacientes psiquiátricos (Unkefer., 1990)

2.5 CLASIFICACIÓN DE PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

I. Ejecución musical

A. Improvisación instrumental en grupo (orientada al proceso)*
B. Grupo de ejecución instrumental (orientada al producto)*
C. Técnica de conjuntos vocales o corales (orientado al proceso)*
D. Grupo de ejecución vocal (coro) (orientado al producto)
E. Enseñanza vocal individual (orientada al producto)
F. Improvisación/ interacción musical individual (orientada al proceso).*

II. Psicoterapia musical

A. Terapia musical de apoyo individual y/o grupal*
B. Terapia musical interacccional individual y/o de grupo.
C. Terapia musical catártica individual y/o en grupo.

III. Música y movimiento

A.Conciencia del movimiento
B. Exploración del movimiento
C. Interacción con movimiento*
D. Movimiento expresivo
E. Danza (folklórica, social, de salón, etc.)
F. Música y ejercicio[1]

IV. Música combinada con otras terapias expresivas

A. Música y artes plásticas*
B. Música y literatura*

V. Música y recreación

A. Juegos musicales*
B. Apreciación musical
C. Participación recreativa en grupos musicales
D. Desarrollo de habilidades para el empleo del tiempo libre.

VI. Música y relajación

A. Música con entrenamiento progresivo para la relajación muscular.
B. Música para provocar la relajación*
C. Música e imágenes
D. Música centrada en la relajación*.

[1] El asterisco indica las técnicas que se emplearon con los pacientes de este proyecto

2.6 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS DE MUSICOTERAPIA .

I. Ejecución musical.

A. Improvisación instrumental en grupo. (orientado al proceso). *

Esta es una técnica en la que se emplean instrumentos musicales para crear experiencias de socialización, comunicación y expresión de sentimientos y emociones entre los miembros de un grupo. El grupo funciona como un laboratorio de patrones de conducta y de interacción donde se emplea un medio afectivo para crear un ambiente estructurado que permite la expresión de sentimientos, de conducta socialmente aceptable, de conducta ordenada en la realidad, y el dominio de tareas que conllevan a una mejor autoestima.

En esta técnica se hace énfasis en el proceso creativo producto del quehacer musical, el cual se facilita y realiza con materiales musicales elementales. Los pacientes aprenden a usar los instrumentos como un vehículo para dar salida a sus sentimientos, como un puente para la participación social y para aliviar sentimientos de ansiedad y de tensión. Se le da poca importancia al aprendizaje o al ensayo de habilidades musicales en sí.

El terapeuta le da al grupo las formas musicales elementales con las cuales el grupo aprende a alternar. Esto lo hace tocando en grupo o de manera individual. Los principales elementos de la música que se manejan son el volumen, el *tempo*, el timbre, la altura, la textura, el ritmo y la melodía. Los temas para la improvisación pueden ser musicales como por ejemplo: ideas rítmicas, melódicas o dinámicas o no musicales como emociones, escenas dramáticas, imágenes, poemas, pinturas, etc.

Los instrumentos que se emplean con mas frecuencia son las percusiones melódicas o no melódicas, los teclados y la guitarra. Con frecuencia en el ámbito clínico, los pacientes no se pueden comunicar adecuadamente a través de las palabras pero si pueden interactuar a través de los instrumentos.

B. Ensamble instrumental (orientado al producto). *

En esta técnica se emplean las habilidades musicales que el paciente ya tenía, así como habilidades que haya adquirido dentro del contexto terapéutico. Estas se emplean para

aprender y ensayar en grupos o ensambles instrumentales. En esta técnica se hace énfasis en el producto musical que resulta del esfuerzo del grupo para seguir instrucciones, atender a los procedimientos del grupo y aprenderse el material musical. Los pacientes subordinan sus necesidades individuales a las de los objetivos del grupo, ponen en práctica la atención, muestran responsabilidad hacia el grupo, aceptan la guía y el liderazgo, así como la retroalimentación social y además trabajan para lograr el dominio del material musical al mismo tiempo que tienen la satisfacción de tener una experiencia estéticamente placentera.

El terapeuta organiza los ensambles instrumentales con una gran variedad de combinaciones de instrumentos. Los miembros del grupo funcionan como se requiere de acuerdo con los materiales musicales. Los ensambles que se pueden usar en esta técnica son: ensamble de jazz, conjunto de rock, conjunto de música folklórica, coro de campanas de mano, conjuntos Orff, banda de ritmos, conjunto de guitarras, grupos folklóricos, banda de concierto, ensambles y orquesta de cámara. Se emplea música escrita. El grupo se reúne en un horario establecido para ensayar y obtener la calidad musical requerida pera tocar y presentarse.

C. Técnica de conjuntos vocales o corales (orientado al proceso)*

Esta técnica consiste en actividades vocales y de canto que brindan experiencias para la socialización, la comunicación y la expresión de sentimientos y emociones dentro del contexto de un grupo de participantes. El grupo funciona como un laboratorio de conductas e interacción, en el que se emplea un vehículo afectivo para crear un medio estructurado para la expresión de sentimientos, para practicar las conductas socialmente apropiadas y para el dominio de tareas que conllevan a la mejoría de la autoestima.

En esta técnica se enfatiza el proceso inmediato de hacer música empleando materiales musicales vocales que se usan como una experiencia común. Los pacientes aprenden a emplear su voz para cantar y para expresar sus sentimientos y como puente para la interacción social y para el alivio de tensiones y de la ansiedad. Se le dá poca atención al aprendizaje o enseñanza de habilidades musicales formales.

El terapeuta planea varios tipos de actividades vocales estructuradas que van desde el canto informal a la creación e improvisación en grupos vocales. El proceso de grupo es informal y por lo tanto permite una amplia participación, la orientación en la realidad de lo pacientes con diversos niveles de funcionamiento, así como la selección de canciones y materiales de acuerdo con los estados de ánimo.

Los grupos vocales de improvisación emplean técnicas como escribir canciones, improvisación de la letras sobre una forma musical sencilla. Los temas para la creación de canciones y para la improvisación pueden ser musicales como por ejemplo: diferentes arreglos para la voz, diferentes texturas, dinámicas, ritmos o ideas melódicas, o no musicales, por ejemplo: experiencias personales, emociones, historias, imágenes, etc. En el ámbito clínico, la improvisación vocal se puede facilitar empleando herramientas que ayudan a la voz como micrófonos.

D. Grupo Coral (Orientado al producto).

En esta técnica se emplean las habilidades que ya tiene el paciente y las que ha adquirido recientemente para participar en experiencias que implican la cooperación dentro de un grupo de participantes a través del aprendizaje y de los ensayos.

Se hace énfasis en el resultado o producto musical que resulta del esfuerzo cooperativo del grupo que sigue instrucciones, acepta los procedimientos del grupo, y se aprende el material musical. Los participantes aprenden a aceptar la guía, el liderazgo, y la retroalimentación (reforzamiento) social. Asimismo deben subordinar sus necesidades individuales a los objetivos del grupo y desarrollar patrones de interacción que faciliten o permitan el logro de los objetivos del grupo. Se la da mucha atención al aprendizaje formal y a los ensayos para obtener una experiencia estéticamente satisfactoria del producto musical.

El terapeuta planea y dirige los grupos vocales y emplea grupos de diversos tamaños y tipos de voces. Los miembros de los grupos funcionan de acuerdo con los roles que se les ha asignado dentro de estos grupos. Se pueden formar coros que canten música religiosa o secular, ensambles pequeños (tríos o cuartetos), grupos de madrigales o motetes, grupos de música popular, de jazz, etc. Se hacen ejercicios de calentamiento y vocalización al principio

de cada sesión y con frecuencia se emplea el acompañamiento instrumental. Se usa música escrita.

Las presentaciones en público son parte del trabajo terapéutico.

Dentro del contexto clínico estos grupos le brindan a los pacientes la oportunidad de aprender y poner en práctica responsabilidades como miembros de un grupo organizado formalmente para un propósito específico y con objeto de lograr una meta clara.

E. Instrucción instrumental individual (orientada al producto).

El objetivo de esta técnica es la adquisición de habilidades musicales, que el paciente aprenda a tocar uno o varios instrumentos. Se hace énfasis en el producto musical resultante del esfuerzo del individuo para aprender el material. El paciente toma clases y acepta la evaluación que se hace de su progreso, hace preguntas, resuelve problemas y estudia o practica las tareas musicales que el terapeuta le asigna. La experiencia pretende mejorar la comunicación en una situación de uno a uno, aumentar la tolerancia a la frustración, fortalecer o apoyar el yo a través de los logros en el área musical y mejorar las habilidades musicales e interpersonales para la posible participación en un grupo musical y/o para dar una forma de expresión personal.

El terapeuta enseña al paciente las técnicas para tocar un instrumento correctamente, le asigna tareas que el paciente es capaz de cumplir. El terapeuta d instrucciones verbales, modela las habilidades para tocar el instrumento y/o acompaña al paciente con otro instrumento. Se puede enseñar toda clase de instrumentos. Con frecuencia se emplea música escrita. Se planean presentaciones de acuerdo con los logros y necesidades del paciente.

En el ámbito clínico, la instrucción instrumental le da al paciente la oportunidad de emplear de manera constructiva la guía del terapeuta en una relación de uno a uno, así como la experiencia de la disciplina autoimpuesta para estudiar y ensayar.

F. **Instrucción vocal individual** (orientada al producto).

Esta técnica emplea las clases de canto individuales para dar al paciente la oportunidad de desarrollar o mejorar sus habilidades para cantar. Esto se logra a través de lecciones y horarios para el ensayo o el estudio. Se hace énfasis en el producto musical resultante de las clases y del estudio que se realiza bajo la supervisión del terapeuta que funciona como maestro. El individuo aprende a hacerse responsable de practicar y esto se asume como una tarea autoimpuesta. Aprende a ver sus logros como el resultado de una experiencia musical estéticamente satisfactoria.

Las experiencias pretenden mejorar la comunicación en una relación uno a uno, mejorar la tolerancia a la frustración, fortalecer el yo a través de los logros musicales, mejorar las habilidades musicales e interpersonales para la posible participación en un grupo musical y/o dar una forma de expresión personal.

El terapeuta enseña ejercicios de respiración y vocales, enseña canciones y da material musical adaptado a las posibilidades vocales del paciente. Se da especial atención a la lectura de notación musical, a la dicción, la línea vocal y la interpretación. El terapeuta generalmente hace el acompañamiento instrumental, sobre todo al principio. Las presentaciones se planean de acuerdo con las necesidades del paciente.

En el ámbito clínico, este tipo de aprendizaje le da al paciente la oportunidad de usar creativamente la guía del terapeuta en una relación de uno a uno y de experimentar la disciplina de la práctica y el estudio.

G. **Improvisación/ interacción musical individual** (orientada al proceso).*

Es una técnica en la que se emplean instrumentos musicales en un ámbito de terapia individual para dar una forma estructurada de comunicación no verbal para expresar pensamientos y sentimientos así como la manifestación de patrones de conducta ordenados en la realidad entre el terapeuta y el paciente.

En esta técnica se hace énfasis en el proceso creativo de interacción musical inmediata entre el terapeuta y el paciente misma que se facilita a través del uso de materiales musicales elementales. El paciente aprende a usar los instrumentos como un recurso para

ventilar o expresar a sus emociones y como un puente para la interacción social. Así como para aliviar sus sentimientos de tensión y ansiedad. Se le da atención limitada a la enseñanza-aprendizaje o al ensayo de habilidades musicales formales.

El terapeuta da las formas musicales básicas con las cuales el paciente aprende a interactuar expresando libremente sus sentimientos, conduciendo o siguiendo la interacción musical, iniciando o respondiendo a la secuencia musical, por ejemplo: formas de pregunta-respuesta), contrastando expresiones emocionales o narrando historias musicales. Los principales elementos musicales con los que se trabaja son la dinámica, el timbre, la altura, la textura, el ritmo y la melodía por ejemplo: escalas modales y polifonía modal). Los temas para la improvisación pueden ser musicales por ejemplo: diferentes dinámicas, ritmos o ideas melódicas), o no musicales por ejemplo: emociones, escenas dramáticas, imágenes, poemas, representaciones pictóricas). Los instrumentos que con mas frecuencia se emplean son percusiones melódicas y no melódicas, teclados y guitarra.

Dentro del ámbito clínico, los pacientes que no se pueden comunicar verbalmente de manera adecuada, pueden interactuar y expresarse a través de los instrumentos.

II. Psicoterapia musical

A. Psicoterapia musical de apoyo individual y/o grupal. *

Es una técnica en la que se emplean actividades musicales como un punto de partida y como catalizador en los procesos terapéuticos tanto a nivel individual como grupal. En este nivel se trata de promover la interacción verbal, la participación social y la práctica de patrones de conducta sanos (adecuados) dentro de un ambiente seguro y que estimula el contacto o la orientación en la realidad.

El estímulo musical le da al paciente una experiencia afectiva inmediata que además le sirve para evocar y asociar pensamientos y sentimientos. La experiencia de escuchar música está diseñada para producir verbalizaciones que son relevantes para la experiencia personal. Asimismo, la música ofrece un punto focal objetivo, fomenta la discusión y conduce a la exploración de nuevas conductas y al redescubrimiento de viejas habilidades.

El terapeuta estructura la experiencia musical, determina los procedimientos para la interacción y guía el proceso de los individuos y las reacciones del grupo, y destina suficiente tiempo para el procesamiento verbal de la experiencia.

Las principales actividades son las varias formas de imaginación (imágenes) guiada con música. Esta conlleva a la discusión de los elementos de la música, el contenido de la letra, el estado de ánimo que sugiere la música y la interpretación que cada uno hace de la selección musical. Tanto el terapeuta como los pacientes pueden elegir la música que se escuchar o en su defecto, el primero puede hacerlo para cumplir con los objetivos que se han planteado para la sesión.

En este nivel, las funciones del terapeuta son identificar y aclarar la expresión de los pensamientos y sentimientos de los pacientes y apoyar la conducta interpersonal adecuada.

B. Terapia musical interactiva individual o de grupo.

El trabajo en este nivel se enfoca en los conflictos conscientes y en los mecanismos de defensa inadecuados asociados a éstos. El proceso incluye el desarrollo del insight a partir de la observación y la discusión de las conductas y motivaciones del paciente, posteriormente se identifican y se consideran cuales son las respuestas sanas que pueden usarse de manera alternativa. El estímulo musical se emplea para evocar pensamientos (asociaciones) y para incrementar la conciencia de los sentimientos relacionados con la situación conflictiva. Estos pensamientos y sentimientos son el punto principal de la interacción interpersonal. El intercambio verbal que sigue a la experiencia musical da la oportunidad de aclarar los estilos de conducta y fomenta la autoevaluación que conduce a elecciones de conductas más sanas.

El terapeuta estructura la experiencia musical, determina los procedimientos para que se lleve a cabo la interacción interpersonal y guía las reacciones del individuo o del grupo, asegurándose de dejar suficiente tiempo para el procesamiento verbal. Las principales actividades son las diversas formas de escuchar música con guía y como consecuencia se discute el contenido de las letra, el estado de ánimo de la música y las asociaciones de experiencias del pasado relevantes en los conflictos conscientes del paciente. El terapeuta tiene la responsabilidad de seleccionar la música, la cual debe estar determinada por los

objetivos que requiere el paciente y que han surgido de la terapia. Las selecciones del material musical pueden expresar y reflejar temas y áreas problemáticas importantes para el proceso de grupo y que sirven de punto focal para la interacción alrededor de un tema.

La música se selecciona para estimular y reflejar estados del desarrollo del grupo. La función del terapeuta en este nivel es facilitar los esfuerzos del paciente para encontrar, expresar y resolver conflictos, y para adoptar nuevas respuestas, más sanas y practicar los cambios de conducta elegidos.

C. Psicoterapia catártica individual o de grupo.

Esta es un técnica que emplea actividades musicales como catalizador en los procesos terapéuticos individuales o de grupo. Se enfatiza la adquisición de conciencia de los conflictos inconscientes y se promueve el cambio en la medida en la que se alivian y se resuelven las situaciones de temor o conflicto profundo. La música se emplea para estimular imágenes, sentimientos, y pensamientos que se asociaciones en el presente y el pasado del paciente. La música es capaz de llegar a niveles del conflicto emocional inconscientes muy profundos lo cual ayuda a reestructurar y reorganizar las estructuras de personalidad.

El terapeuta estructura la experiencia musical, determina los procedimientos para las interacciones interpersonales y guía el procesamiento de las reacciones del individuo o del .grupo . Las principales actividades que se emplean son las diversas formas de escuchar música "guiada", que se usan para que el paciente exprese sus sentimientos, pensamientos y experiencias. Una de éstas técnicas es la conocida como Imágenes Guiadas y Música (GIM) en que se utiliza el potencial de la música para descubrir material inconsciente que es empleado terapéuticamente. Esta técnica requiere de un entrenamiento especializado. para ser utilizado efectivamente. Debido a que se trabaja con material inconsciente se sugiere que este sea un proceso de terapia individual .

III. Música y movimiento.

A continuación se describen algunas formas de acompañamiento que se emplean con técnicas de movimiento con acompañamiento musical.

1. **La música como acompañamiento de fondo.** Se emplea música en vivo o grabada como estímulo para promover o facilitar las actividades de movimiento. Se elige la música que exprese el estado de ánimo deseado y el *tempo* de la actividad de movimiento (Por ejemplo: con el pulso marcado, estimulante vs. solemne, lenta, etc.) y que brinde la estimulación psicológico y fisiológica para obtener las respuesta que se desea de los pacientes. La respuesta del movimiento no tiene que estar rítmicamente sincronizada con la música.

2. **La música como una señal en el tiempo.** Generalmente la música funciona como una señal acústica o señal en el tiempo que sirve para dar una estructura en el tiempo o temporal a las actividades de movimiento. Por ejemplo: a) se puede tocar en el piano un acorde *staccato* lo cual introduce a un movimiento rápido y se convierte en movimiento lento cuando se toca un acorde *legato.* Del mismo modo, el sonido de un platillo puede indicar los cambios en el tipo de movimiento, etc.

3. **La música como estímulo catártico.** La música grabada o viva puede servir como una experiencia auditiva que a su vez da un tema para la interacción y expresión con movimiento. Se puede emplear cualquier tipo de música. Los pacientes pueden pasar de una posición de retraimiento a una de interacción con un grupo. La experiencia musical preceda a la experiencia de movimiento.

4. **La música como acompañamiento representativo.** En general la música viva sirve para reflejar el carácter, el estilo, el curso el *tempo* y otras características externas del movimiento. Por ejemplo: el *tempo* de la música se relaciona con el *tempo* del movimiento, b) la textura de un acorde se puede relacionar con movimientos ligeros o pesados a través del cambio en el tono muscular, el registro grave o agudo se asocia con los niveles de movimiento, etc. La música puede seguir o anteceder al movimiento.

5. **La música como acompañamiento del contenido.** La música viva o grabada puede servir para enfatizar algunos aspectos ya que la música se enfoca solo a las características externas del movimiento como parte del contenido interno de éste. La música puede conducir o seguir al movimiento.

6. La música como acompañamiento designativo. Generalmente la música es empleada como una forma de traducir o representar de manera directa y predeterminada los elementos del movimiento a elementos musicales para guiar o acompañar a las actividades de movimiento. Cada componente del movimiento se aparea o sincroniza con los eventos de la música y viceversa. Así por ejemplo: los espacios de los intervalos se relacionan con saltos y brincos, los trinos y movimientos melódicos se relacionan con vueltas, giros y rotación, las líneas melódicas ascendentes y descendentes se relacionan con movimientos hacia arriba o hacia abajo.

7 Acompañamiento dancístico: La música viva o grabada sirve para acompañar una serie de movimientos formales, mismos que constituyen una forma de danza.. Los movimientos se sincronizan al ritmo y el *tempo* de la música. La música conduce al movimiento.

A. Conciencia de movimiento.

Esta es una técnica que emplea actividades de música y movimiento para promover que los pacientes interactuen y se expresen a través del movimiento, dentro de una situación de grupo, a un nivel elemental. En este nivel se hace énfasis en la necesidad de dar al paciente una experiencia de movimiento cómoda de manera que se pueda concentrar en la tarea y sea capaz de eliminar algunas de sus conductas que indican que está demasiado consciente de si mismo, y que inhiben el movimiento y la expresión de los sentimientos. Los pacientes se pueden mover solos o en parejas. Al lograr el paciente moverse en un ambiente cómodo puede explorar otras formas de movimiento, lo cual promueve la creatividad dentro de la música y el movimiento y le es posible lograr una mejor comprensión de sus sentimientos, de su pensamientos y de sus emociones.

El terapeuta estructura los ejercicios en los cuales el pacientes se mueve con la música o le acompaña con algún instrumento. El terapeuta puede guiar el movimiento del paciente demostrándole algún movimiento que éste debe imitar o repetir. esto puede hacer que la actividad se menos inhibida. La música que se selecciona en este nivel es lo que se describió anteriormente como Acompañamiento de fondo. La atención sobre el ritmo y otros elementos de la música ayuda a que los pacientes no sean tan conscientes de ellos mismos y

se sientan más libre de moverse con la música. La selección musical que realiza el terapeuta se hace teniendo en mente que se quieren obtener respuestas de movimiento. Los temas para el movimientos deben ser cortos, concretos, adecuados a la edad del participante , divertidos y que permitan la autoexpresión y la interacción. La función del terapeuta en este nivel es desarrollar en el paciente una conciencia elemental de su capacidad y habilidad para moverse de una manera mucho menos restringida y más libre, lo cual como consecuencia puede ayudarle a expresar sus sentimientos y emociones a través del movimiento.

B. Exploración del movimiento.

Esta es una técnica que emplea estímulos musicales y elementos del movimiento para explorar y mejorar le imagen corporal y los sentimientos de competencia del paciente, haciendo que éste se mueva efectiva y cómodamente. En este nivel se hace énfasis en el desarrollo de un repertorio de movimientos corporales que el paciente puede usar para expresarse y para aprender su potencial de movimiento a un nivel de contacto con la realidad y con control consciente de éste. Los pacientes se mueven solos o con parejas y los ejercicios se enfocan al trabajo con su propio cuerpo.

El terapeuta diseña las experiencias musicales y de movimiento en las cuales el paciente participa. Este se mueve con la música o con el acompañamiento que se hace con diversos instrumentos. El terapeuta guía y demuestra los movimientos. Los ejercicios se concentran en la exploración de los cinco elementos del movimiento:- la locomoción, la elevación, la rotación, el gesto y la posición,- dentro de las dimensiones del tiempo, el espacio y la dinámica.

Las tareas son por ejemplo, la experimentación con conceptos como el movimiento lento y rápido, bruscos y suaves, moverse en diferentes niveles, direcciones y caminos así como emplear diferentes intensidades de tono muscular.

En la exploración del movimiento la música funciona como se describió anteriormente,: 2) música como señal en el tiempo, 4) música como acompañamiento representativo y/o 6) música como acompañamiento designativo.

El papel del terapeuta es ayudar al paciente a desarrollar la conciencia, el control, la eficiencia y la confianza en sus movimientos corporales para mejorar su imagen corporal, su autoestima y su habilidad para emplear su cuerpo de manera expresiva y funcional.

Las características básicas del movimiento se enfatizan de acuerdo con las habilidades de los pacientes. La combinación de la música y el movimiento, a través de la experiencia auditiva y quinestética ,fortalecer la experiencia emocional, social, física y estética de los pacientes. La combinación de la música y el movimiento, a través de la experiencia auditiva y quinestética, es para fortalecer la experiencia emocional, social, física y estética de los pacientes.

C. Interacción a través del movimiento.*

Esta técnica emplea la música y el movimiento para dar al paciente la oportunidad de relacionarse con los demás en un nivel social y emocional empleando un medio esencialmente no verbal. Se enfatiza el uso del movimiento con otras personas, mientras la música brinda los elementos cohesivos y da significado y retroalimenta la situación. El centro de atención es el paciente y su relación con los otros, y el trabajo gira alrededor de la tarea, como lo sugiere la música o la letra de ésta.

El terapeuta inicia la experiencia de música y movimiento acompañando al paciente con música grabada o con algún instrumento, selecciona los temas para una actividad estructurada para que el paciente tenga un ambiente seguro para interactuar a un nivel no verbal y de manera significativa. Los temas pueden estar basados en historias, poemas, argumentos para la expresión dramática , diseños visuales, sonidos musicales o conceptos sociales.

La música sirve como un punto de inicio que conduce a la experiencia de movimiento o sirve como acompañamiento al éste mismo. En este tipo de técnica la función de la música puede ser como 1)música como acompañamiento de fondo, 2)música como señal en el tiempo 3)música como señal en el tiempo, 3)música como estímulo catalítico y/o 4) música como acompañamiento representativo. para la actividad de movimiento.

elio indicador de un mejor funcionamiento y conciencia social. Asimismo, el terapeuta también debe identificar los indicadores de los estados de ánimo del paciente como la felicidad, tristeza, temor, aburrimiento, apatía, etc.

Se trabaja con las características del movimiento, teniendo en cuenta las habilidades del paciente,. Se pone especial atención a la capacidad de planeación y a la coordinación.
La combinación de la música y el movimiento, a través de la experiencia auditiva y quinestética ,fortalecer la experiencia emocional, social, física y estética de los pacientes.

D. Expresión a través del movimiento

Esta técnica emplea actividades de música y movimiento para ayudar a los pacientes a tomar conciencia de sus sentimientos y emociones que son relevantes para su funcionamiento personal y sus habilidades de enfrentamiento para la vida diaria. Las actividades de movimiento funcionan como un campo de prueba para vivir y expresar las emociones en una forma afectiva en una modalidad esencialmente no verbal. Los conflictos inconscientes, las imágenes y los sentimientos que están relacionados a las experiencias personales significativas pueden ser evocados y manejados en el paciente. Los pacientes aprenden a usar técnicas de música y movimiento como un vehículo para la expresión emocional y para aliviar la tensión y la ansiedad.

El terapeuta diseña los ejercicios de música y movimiento en los cuales los pacientes participan ya sea moviéndose con la música o con acompañamiento instrumental. Los temas musicales se seleccionan para la expresión de los sentimientos como el amor, la pérdida y el duelo, depresión, el aislamiento y el retraimiento social, los conflictos interpersonales, la esperanza y la alegría. En este nivel también se trabajo con las experiencias significativas que tienen que ver con la interacción con los otros, como la ayuda, el rechazo y la aceptación. La música y la letra de las canciones que expresan los temas emocionales sirven como catalizador para la experiencia emocional, que a su vez es expresada a través del movimiento. La música en este tipo de trabajo sirve como 1)música como acompañamiento de fondo, 2)música como señal en el tiempo, 3)música como estímulo catártico. Asimismo, el terapeuta emplea la música como 4)música como acompañamiento representativo y como 5) música

como acompañamiento del contenido para ampliar y apoyar el contenido emocional del movimiento.

Con frecuencia se usa música improvisada. Se hace énfasis en el empleo de las características básicas del movimiento como "lento", "deliberado" y "fluído", ya que tienen un gran potencial expresivo. La combinación de música y movimiento que emplea la experiencia auditiva y quinéstética, fortalece la experiencia emocional, social, física y estética de los pacientes.

E. Danza. Esta técnica emplea las formas , pasos, y estilos de danzas establecidas y estructuradas para promover la interacción social, la autoconfianza y las habilidades recreativas. Otros beneficios son la mejoría de la orientación en la realidad, de la coordinación motora, del procesamiento perceptual, la memoria, la atención y así como la realización de ejercicio físico. Se hace énfasis en el aprendizaje y ejecución de los movimientos dancísticos que ocurren en patrones secuenciales al ritmo de la música. Se trabaja en las tareas cognitivas y perceptivo-motoras en colaboración con los otros.

El terapeuta, planea y organiza la actividad, tomando en cuenta los requisitos para ejecutar las danzas, como son los roles de los varones y las mujeres, el número necesario de participantes, la dificultad técnica para la ejecución de los pasos y la selección adecuada de la música. Estas decisiones se hacen de acuerdo con las capacidades, necesidades , intereses y características culturales de los participantes. Las danzas que habitualmente se bailan son folklóricas, danza de salón, y danzas populares (rock, disco, etc.) En este caso se usa el 7) acompañamiento para danza (o baile) que da estructura rítmica a los pasos de la danza, complementa la forma de ésta y algunas veces se relaciona con rituales culturales.

El terapeuta puede, con los miembros del grupo, reconstruir o recrear las danzas o los pasos para crear danzas nuevas y originales. este enfoque puede servir como una tarea creativa para el paciente o como una adaptación necesaria para que el paciente emplee las habilidades o capacidades que posee.

F. Música y ejercicio

Esta es una técnica que brinda un marco temporal al ejercicio físico. se hace énfasis en el empleo de la música, de la cual se selecciona el *tempo*, para que los participantes logre los objetivos predeterminados relacionados con su condición física. Se da especial atención a la música para apoyar o acompañar ejercicios de fuerza, resistencia, tono muscular, flexibilidad, agilidad, control corporal y eficiencia cardiovascular.

El terapeuta selecciona a los pacientes de acuerdo con las indicaciones del médico y de otros especialistas. Los ejercicios se eligen de acuerdo con las habilidades y necesidades de los pacientes. La función del terapeuta es elegir la música que es rítmicamente compatible con los movimientos del ejercicio. Se puede hacer con música grabada o con música viva. El terapeuta demuestra y realiza el programa de ejercicios, enfocándose al ritmo de la música. Posteriormente deberá reportar de manera objetiva los logros de los pacientes en cuanto al ejercicio se refiere.

Esta técnica puede ser empleada y adaptada para cualquier grupo de edad y de capacidad de movimiento. La música se selecciona para regular y promover la participación en el grupo.

IV. Música combinada con otras expresiones artísticas.

A. Música y artes plásticas. *

Esta técnica tiene por objeto combinar la música con las artes plásticas o con el teatro. para brindar un medio para la expresión de las emociones, ya sea dentro de un contexto de terapia grupal o individual. Estas técnicas hacen énfasis en el incremento de la conciencia del individuo a través de medios no amenazantes. Es necesario que el paciente integre los estímulos visuales y auditivos de manera que éstos reflejen el contenido emocional, y debe ser capaz de mostrar cambios emocionales junto con los cambios de los estímulos musicales.

El terapeuta sirve como facilitador para implementar la experiencia multisensorial. Se toca "música de fondo" para establecer un estado de ánimo o para agudizar la experiencia del individuo al mismo tiempo que se emplea otro medio artístico. El terapeuta puede dar a

los pacientes un tarea estructurada (como dibujar algo específico o representar algo concreto) o una tarea no estructurada (dibujar los sentimientos).

En el ámbito clínico, el enfoque multisensorial brinda una modalidad adicional a aquellas personas que no hablan o que son incapaces de expresar sus sentimientos con palabras.

B. Música y expresión literaria *

Esta técnica tiene por objeto combinar la música con la expresión literaria (poesía, prosa, etc.) para brindar experiencias que permitan la expresión de los sentimientos y respuestas cognitivas en una situación de terapia grupal o individual. Se hace énfasis en el aumento de la conciencia de sí mismo a través de un medio flexible (multifacético) y no amenazaste. Se pide del paciente que integre la percepción visual y auditiva y el pensamiento discriminatorio al mismo tiempo que reflexiona sobre su contenido emocional. Se le pide a la persona que escuche e interprete algún material ya escrito o que produzca sus propias obras para promover el descubrimiento y la expresión de los sentimientos

El terapeuta sirve como facilitador para implementar la experiencia multisensorial. La música sirve como acompañamiento a los materiales ya existentes o para inspirar la creación de nuevos y para promover la expresión de los sentimientos. De la experiencia se deriva una discusión de lo sucedido.

En el ámbito clínico este enfoque multisensorial brinda un lenguaje a las personas incapaces de hablar o retraídas y les permite organizar su pensamiento, y para promover la expresión verbal.

V. Música recreativa

A. Juegos musicales.*

Esta técnica emplea los juegos musicales para crear experiencias en las cuales se puede actuar la conducta a manera de juego, dando a los participantes una oportunidad para el aprendizaje social y emocional dentro de un ambiente seguro y predicable. Se hace énfasis en el proceso cooperativo necesario para los logros del grupo y en el desarrollo de las

habilidades sociales adaptativas. Los participante deben mostrar atención, responsabilidad hacia el grupo, desarrollar patrones de interacción que permiten el logro de las metas del éste y deben trabajar hacia el dominio de la tarea. Esta técnica brinda una oportunidad para la expresión espontánea y para el empleo libre de las habilidades de juego.

El terapeuta sirve como facilitador para el desarrollo de los juegos, así como participante en los mismos. Asimismo , debe asegurarse que ésta será una experiencia de éxito para todos los miembros del grupo.

Existen juegos que permiten la participación de miembros no verbales del grupo como son lotería música, nombre esa canción, dígalo con mímica, memoria musical ,etc. Los juegos con reglas pueden producir cambios importantes en las relaciones entre los miembros del grupo, ya que ganar o perder implican el ejercicio del contacto con la realidad. También permiten el desarrollo de la confianza y de un mejor autoconcepto.

En el ámbito clínico, los juegos musicales son un principio para la resocialización, para desarrollar habilidades para el empleo del tiempo libre y pueden ayudar como prerrequisito para una participación más profunda en la participación del grupo en musicoterapia.

B. Apreciación musical.

En esta técnica. se escucha música y en ocasiones se ejecuta o se crea dentro de un grupo o en una situación individual. Esta técnica puede ser similar a la educación musical, ya que se expone al paciente a experiencias estéticas que son comunes a todas las personas. Los participantes escuchan una gran variedad de estilos de música con el objeto de ampliar su comprensión y conciencia de ésta. Se les motiva para desarrollar la cooperación grupal y la tolerancia a diversos estilos y a tomar riesgos al compartir sus preferencias musicales.

El terapeuta crea un ambiente donde se permite compartir y discutir las selecciones musicales de cada uno. Esto se hace escuchando música de diversos períodos y estilos, y asistiendo a conciertos, dentro de un ambiente no amenazante y de apoyo.

En el ámbito clínico, la apreciación musical brinda la oportunidad para desarrollar la confianza en las opiniones y gustos de uno mismo al mismo tiempo que permite la concentración, el trabajo orientado a las tareas y el pensamiento independiente.

C. Grupos musicales recreativos.

Esta técnica tiene por objetivo crear experiencias de éxito empleando la ejecución de instrumentos musicales o el canto. La situación de grupo sirve como una oportunidad agradable y no amenzante para que el paciente emplee algunas habilidades musicales simples recientemente adquiridas. Se trabaja en la vivencia y el gozo mas que con la calidad del producto final. Se espera que los pacientes participen en los procesos grupales y de esta manera mejore la confianza en ellos mismos, su disposición para tomar riesgos y la discusión de algunas habilidades para el empleo del tiempo libre.

El terapeuta brinda una gran variedad de experiencias musicales socio-recreativas que aseguran que la contribución de cada paciente sea fundamental para el grupo. Se emplean instrumentos sencillos como el omnicordio (instrumento electrónico de tamaño compacto que permite la producción de un simnúmero de timbres y ritmos) la flauta dulce, la guitarra. el teclado electrónico , las percusiones y la voz.

La música puede estar escrita o no , dependiendo de los conocimientos musicales de los participantes.

D. Desarrollo de habilidades para el empleo del tiempo libre.*

Estas técnicas se ocupan de diseñar un plan para que el paciente emplee la música en su tiempo libre una vez que sea dado de alta de la institución o en la comunidad. Los pacientes tiene la oportunidad de experimentar y posteriormente concentrarse en las actividades musicales que les parecen agradables y que están a su alcance. La planeación del empleo del tiempo libre se logra en sesiones individuales o grupales. Se hace énfasis en la conciencia que adquiere la persona sobre la importancia de emplear su tiempo libre de manera adecuada y posteriormente darle opciones musicales adecuadas. El paciente es el responsable de seleccionar y llevar a cabo las actividades que ha seleccionado, con el apoyo del terapeuta.

El terapeuta crea el espacio para el análisis y la discusión de las necesidades del paciente y lo guia en el desarrollo de un plan. El terapeuta puede ayudar informandole sobre los recursos que existen en la comunidad y de ser necesario facilita las participación del paciente en dichas actividades.

VI. Música y relajación

A. Música con entrenamiento de relajación muscular progresiva.

Esta técnica emplea la música en combinación con un programa de relajación muscular progresiva. El paciente aprende a seleccionar y emplear la música (grabada) adecuada que ha sido efectiva para provocar un estado de relajación para esa persona en particular. Esta técnica hace énfasis en dos aspectos: en aparear el entrenamiento para la relajación con la selección de la música adecuada y condicionar al paciente para que emplee la música como punto central de la relajación.

Si la música se selecciona adecuadamente, sirve como estímulo para bloquear las asociaciones negativas y para provocar un estado de ánimo positivo y respuestas emocionales que faciliten la relajación. El paciente aprende a discriminar entre sus respuestas de tensión y de relajación y a sustituir las primeras por las segundas.

El terapeuta ayuda al paciente a aprender las técnicas de entrenamiento de relajación y a seleccionar la música que incrementa y potencializa la respuesta de relajación. El terapeuta puede también crear cintas de programas de música así como material escrito para que sea memorizado y usado durante el entrenamiento para la relajación después de la alta del paciente.

El entrenamiento para la relajación puede hacerse individualmente o en grupo.

B. Música para provocar la relajación. *

Esta técnica emplea la música como un medio para lograr un alivio temporal de las condiciones de ansiedad o estrés . El individuo aprende a emplear el potencial de la música para facilitar la relajación. La música que se emplea depende de las preferencia personales, en cuanto al estilo, el *tempo*, el volumen y el timbre. También se toman en cuenta los recursos matériales con los que cuenta la persona (grabadora, radio, tocadiscos, etc.). Se hace

énfasis en dar al paciente recursos concretos dentro de una situación de manejo a corto plazo. A diferencia de otras técnicas de relajación, esta no requiere de que el paciente tenga un entrenamiento previo.

El terapeuta da al paciente una gran variedad de estímulos musicales para que éste los pruebe como posibles fuentes de relajación, asimismo, el terapeuta ayuda al paciente a comprender como los elementos de la música influyen en su estado de ánimo, en su conducta y en sus respuestas físicas.

Esta técnica se puede emplear individualmente o en grupos.

C. Música e imágenes

Esta técnica implica escuchar música en un estado de relajación que incrementa la conciencia de uno mismo, lo cual a su vez puede facilitar un estado de relajación física y psicológica. Esta técnica pretende motivar al paciente para que explore y alcance estados alterados de conciencia de manera que pueda tener acceso a imágenes, símbolos y sentimientos provenientes de su yo interno. La música se selecciona cuidadosamente de manera que el paciente tenga acceso a sus recuerdos, iniciar fantasías y estimular su pensamiento creativo. Como parte de entrenamiento para el empleo de la música e imágenes, el paciente debe aprender a usar la música en la concentración y en la relajación.

El terapeuta permite a los miembros del grupo escuchar música de diferentes estilos e inicia o implanta los escenarios que promueven la producción de imágenes y fantasías. Al final del trabajo con imágenes, el terapeuta permite la discusión del material entre los miembros del grupo.

Esta técnica es diferente de la descrita anteriormente en la categoría de Psicoterapia musical como Psicoterapia musical catártica individual o en grupo (GIM):

D. Relajación centrada en la música.*

Esta técnica emplea la música como centro perceptual y como estímulo para el entrenamiento para la relajación. El estímulo musical distrae la atención que el paciente pone en los estados de tensión física y psicológica y que no han podido ser eliminadas a través de esfuerzos conscientes tanto físicos como mentales y que se concentran en una tensión

específica. Esta técnica de relajación emplea el potencial de la música como un estímulo agradable para bloquear las sensaciones de ansiedad , de temor y de tensión y para distraer la atención de pensamientos desagradables. A través de esta experiencia perceptual agradable, se adquiere mayor calma y seguridad en uno mismo. Inicialmente, el terapeuta le enseña al paciente a concentrarse y enfocarse fuera de él y gradualmente a volver la atención a si mismo y a sus procesos perceptuales.

El terapeuta ofrece selecciones musicales de acuerdo con las preferencias del paciente y le enseña a seguir la música sin una actitud anticipadora y sin esfuerzos intelectuales o emocionales deliberados que puedan alterar su experiencia mientras escucha. Se entrena a los pacientes a enfocarse en los diferentes elementos o eventos en música que puedan atraer su atención inmediata sin abandonar su actitud de concentración pasiva. En segundo nivel, y una vez que el paciente se siente cómodo y seguro al escuchar música, se le invita a dejar que su atención se expanda gradualmente y a que oscile entre la música, su cuerpo, sus pensamientos y sus sentimientos. A través de esta experiencia con la música, los pacientes tienen una experiencia perceptual agradable que puede permitir el rompimiento del vínculo y la anticipación patológicas que ocurre por ejemplo en las experiencias de ansiedad y psicosomáticas.

Al principio, el paciente puede practicar esta técnica en cualquier posición corporal que le sea cómoda. A través del proceso, las posiciones se van volviendo mas relajadas.

2.2.7 INTERVENCIONES CLÍNICAS DE MUSICOTERAPIA CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS (Adaptado de Unkefer, 1991).

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
TRASTORNOS DEL AFECTO Afecto aplanado	Estimular las respuestas afectivas	Escuchar música guiada para provocar respuestas afectivas	Psicoterapia musical de apoyo	Musicoterapia de apoyo individual o en grupo. Terapia interaccional individual o en grupo.
		Técnicas estructuradas de música y movimiento para evocar sentimientos	Música y movimiento (III)	Conciencia de movimiento danza
	Brindar los medios para la expresión de los sentimientos	Técnicas de música y movimiento empleando los afectos como tema de la actuación	Ejecución musical	Improvisación instrumental en grupo. Canto en grupos Improvisación/interacción musical individual.
			Música y movimiento	Interacción a través del movimiento
Afecto inapropiado	Identificar y expresar adecuadamente los sentimientos y las emociones.	Escuchar música guiada para provocar respuestas afectivas.	Psicoterapia Musical	Terapia de apoyo individual o de grupo Terapia internacional individual o en grupo
		Técnicas de expresión a través de la música y el movimiento empleando los conceptos de los sentimientos como temas de actuación.	Ejecución musical	Improvisación instrumental en grupo Terapia de canto en grupo. Improvisación/interacción individual o de grupo
		Estimulación para mejorar el estado de ánimo	Música y movimiento	Interacción a través del movimiento
			Psicoterapia musical	Psicoterapia musical de apoyo individual o de grupo Terapia interaccional individual y/o de grupo.

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
TRASTORNOS DEL AFECTO (Afecto disfórico)	Mejorar el estado de ánimo positivo y dar salida a los sentimientos negativos.	Escuchar música con guía para alterar los estados emocionales	Psicoterapia musical	. Psicoterapia musical de apoyo individual o de grupo Terapia interaccional individual y/o de grupo
			Música y relajación	Música con entrenamiento de relajación muscular progresiva
		Técnicas de música y expresión y movimiento empleando los conceptos de sentimientos como temas de trabajo .	Ejecución musical	Improvisación instrumental en grupo Terapia de canto en grupo. Improvisación/interacción individual o de grupo
			Música y movimiento	Conciencia de movimiento Interacción a través del movimiento.
		Interacción verbal de apoyo para expresar y procesar sentimientos y emociones	Psicoterapia musical	Psicoterapia musical de apoyo individual o de grupo Terapia interaccional individual y/o de grupo

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
TRASTORNOS DE LA FORMA Y EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	Brindar oportunidades para la prueba de realidad a nivel verbal y no verbal.	Actividades musicales agradables y no amenazantes que permitan la orientación en la realidad	Ejecución musical	Improvisación instrumental individual o en grupo Canto en grupo Improvisación/interacción musical individual.
			Psicoterapia musical	Terapia de apoyo individual o en grupo Terapia musical interaccional individual o en grupo.
			Música recreativa	Juegos musicales Apreciación musical Grupos de ejecución musical recreativos.
	Enfoque en la realidad y tareas estructuradas para la interacción verbal	Empleo de actividades musicales para la interacción verbal alrededor de un tema (centrado en le realidad).	Psicoterapia musical	Terapia de apoyo individual o de grupo Terapia interaccional y/o terapia individual.
			Ejecución musical	Canto en grupo .
		Empleo de la música como recurso para mejorar la mnemónico para mejorar la memoria las habilidades de secuenciación, y para estimular y entrenar las habilidades de percepción auditiva.	Ejecución musical	Participación en grupos instrumentales o corales. Instrucción de algún instrumento. Clases de canto
			Música recreativa	Juegos musicales
			Música y movimiento	Exploración de movimiento.

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MÚSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN	Oportunidades estructuradas y seguras para poner en práctica habilidades de resolución de problemas y de toma de decisiones	Empleo de actividades de ejecución que requieren de la retroalimentación sensorial y social para poner en práctica las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones.	Ejecución musical	Improvisación instrumental y en grupo Terapia de canto en grupo Improvisación/interacción musical individual.
	Estimular el interés y la energía (voluntad) para realizar las actividades apropiadas o deseadas.	Empleo de la música como un medio agradable y atractivo para estimular la motivación y promover el involucramiento en actividades dirigidas hacia una meta.	Ejecución musical	Grupos instrumentales Grupos corales Clases individuales de un instrumento. Clases de canto
			Música y movimiento	Danza para la conciencia de movimiento Música y ejercicio
			Música combinada con otras expresiones artísticas	Música y artes plásticas Música y creación literaria
			Música recreativa	Apreciación musical Grupos instrumentales recreativos. Desarrollo de habilidades para el empleo del tiempo libre.
	Apoyo y ayuda para llevar una acción a su término y a su conclusión lógica	Técnicas de ejecución que garanticen el éxito musical inmediato a largo plazo de manera que funcione como un reforzador para la realización de actividades	Ejecución musical	Grupos de ejecución musical Grupos corales Clases de instrumento Clases de canto
			Música y movimiento	Conciencia de movimiento
			Música recreativa	Grupos musicales de recreación.

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
SENTIDO DEL YO ALTERADO (TRASTORNADO)	Crear oportunidades para desarrollar un sentido de valor propio.	Empleo de técnicas de ejecución música que permiten la retroalimentación inmediata y a largo plazo a través del éxito musical.	Ejecución musical	Grupos de improvisación instrumental. Terapia de canto en grupo Improvisación/interacción musical individual.
			Música y movimiento	Interacción a través del movimiento Movimiento expresivo
	Interacción no amenazante y estructurada con el medio ambiente.	Empleo del ritmo, la forma, la dinámica, la melodía y la armonía en la ejecución musical que permiten la interacción estructurada del yo con el medio ambiente	Ejecución musical	Improvisación instrumental en grupo. Grupo de ejecución instrumental Terapia de canto en grupo Grupo coral Clases de instrumento Clase de canto Improvisación/interacción musical individual.
			Música y movimiento	Conciencia de movimiento Exploración corporal a través del movimiento.
	Sentido de autonomía a través de experiencias agradables y seguras en actividades orientadas al logro de metas.	Ejecución de música improvisada o escrita y de materiales de movimiento.	Ejecución musical	Ejecución en un grupo instrumental Ejecución en un grupo vocal
			Música y movimiento	Interacción a través del movimiento Danza
			Música recreativa	Grupos recreativos de ejecución musical.

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
RELACIÓN ALTERADA CON EL MUNDO EXTERNO	Actividades para estimular la participación social	Participación en actividades musicales que estimulan la interacción grupal centrada alrededor de un tema.	Ejecución Musical	Improvisación instrumental en grupo Grupos de ejecución instrumental Terapia de canto en grupo Grupo coral
			Psicoterapia musical	Terapia de apoyo individual o en grupo
			Música y movimiento	Conciencia de movimiento Interacción a través del movimiento.
			Música recreativa	Juegos musicales Apreciación musical Grupos recreativos de ejecución musical Desarrollo de habilidades para el empleo del tiempo libre.
	Estimulación agradable y motivadora orientada en la realidad.	Empleo de la música como un estímulo externo multisensorial para apoyar la percepción de la realidad	Ejecución musical	Improvisación instrumental en grupo Grupo de ejecución instrumental Terapia de canto en grupo Grupos corales
			Psicoterapia musical	Terapia de apoyo individual y/o de grupo.
			Música y movimiento	Conciencia de movimiento Interacción a través del movimiento.
			Música recreativa	Juegos musicales Apreciación musical Grupos recreativos de ejecución musical Desarrollo de habilidades para el empleo del tiempo libre

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
CONDUCTA MOTRIZ ALTERADA	Estimular las respuestas de movimiento. Práctica de movimientos relajados y suaves.	Empleo de técnicas introductorias de música y movimiento para provocar respuestas de movimiento	Música y movimiento	Conciencia de movimiento Danza Música y ejercicio
	Actividades de movimiento seguras y agradables para desarrollar una imagen corporal positiva.	Técnicas estructuradas de movimiento, danza y ejercicio físico con acompañamiento musical para promover la conciencia corporal y el movimiento funcional.	Música y movimiento	Conciencia de movimiento Exploración del movimiento. Danza Música y ejercicio
	Distracción de movimientos estereotipados y manerismos y práctica de movimientos relajados y suaves	Ejercicios de control y relajación de movimientos empleando la música como retroalimentación y como estímulo de apoyo.	Música y movimiento Música y relajación	Conciencia de movimiento Interacción a través del movimiento. Música con entrenamiento de relajación muscular progresiva. Música y relajación

SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS	NECESIDADES	INTERVENCIONES DE MUSICOTERAPIA	PROGRAMAS	TÉCNICAS
TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN*				

*El alivio de las alucinaciones se logra por medio de los fármacos. Las actividades musicales pueden ser usadas para enfocar al paciente en los estímulos de la realidad.

3. MÉTODO

3.1 JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo describe parte de la labor realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, como parte de un Proyecto para la Evaluación, el Tratamiento y la Rehabilitación del Paciente con Esquizofrenia en Fase Crónica.(De la Fuente y Díaz, 1993) Éste fue desarrollado debido a la necesidad de brindar atención integral adecuada a los pacientes con las características y las necesidades de la población que solicita atención en las instituciones de salud y con el propósito de crear un modelo de atención e investigación adecuado para éstos en nuestro país.

El programa que se realizó tenía como objetivos tanto la investigación como la asistencia. Se seleccionaron dos grupos de pacientes con quienes se trabajó durante 14 meses, aunque inicialmente el Proyecto se planteó con una duración de un año.

Ambos grupos recibieron algún tipo de atención: el primero recibió asistencia psiquiátrica quincenalmente la cual incluía el manejo de medicamentos. El segundo asistió tres veces por semana durante tres horas por la tarde a recibir una serie de intervenciones terapéuticas, mismas que se describen a continuación.. El proyecto constó de tres etapas:

1. La evaluación integral de los pacientes, misma que se describe más adelante.
2. La intervención terapéutica,
3. La evaluación de los resultados producto de las acciones terapéuticas .

El programa de intervención de musicoterapia fue sólo uno de los programas terapéuticos y tuvo como objetivos tanto la asistencia como la investigación. En este trabajo se reportan los resultados obtenidos con el instrumento de evaluación de musicoterapia antes y después del tratamiento y en el caso del grupo experimental también se describe el trabajo clínico y se reportan los cambios observados en el comportamiento y funcionamiento de los pacientes a lo largo del tiempo que duró la intervención terapéutica.

Este fue un estudio cuasi-experimental prospectivo, de comparación entre un grupo control que recibió atención psiquiátrica -incluyendo medicamentos- y un grupo experimental que además de recibir medicamentos participó en el programa de intervenciones terapéuticas múltiples .

La selección de la muestra se hizo de manera no aleatoria,. El procedimiento se describe más adelante.

3.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Los objetivos de la intervención con musicoterapia fueron los siguientes:

3.2.1 Mejorar el autoconcepto de los pacientes del grupo experimental.

3.2.2 Mejorar las habilidades de socialización y para establecer relaciones interpersonales.

3.2.3 Mejorar el altruismo/optimismo de los pacientes.

3.2.4 Mejorar la forma como los pacientes emplean su tiempo libre.

3.2.5 Estudiar la utilidad de la musicoterapia como técnica terapéutica en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia en fase crónica.

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para fines de este trabajo se entenderá como

3.3.1. Autoconcepto: la imagen que la persona tiene de si misma (Rosenberg, 1979).

3.3.2. Relaciones interpersonales: interés y disponibilidad que muestra el paciente para entablar relaciones con otras personas ya sea de su familia o no y que pueden ir desde distantes o desagradables hasta cercanas o cordiales. También se considera la forma como perciben ellos sus relaciones con los demás.

3.3.3 Por altruismo/optimismo se entenderá la dimensión conformada por el altruismo, y el optimismo. El altruismo es "la conducta basada en la consideración del bienestar de otros seres sin considerar el bien propio y frecuentemente en detrimento de uno mismo."(Warren, 1984). El optimismo: es la "actitud de un individuo con respecto a la organización social y a la vida en general que solo se fija en lo bueno y se muestra esperanzado"...en lo que se refiere a su vida. Se entenderá la percepción que el paciente tiene de su vida en ese momento y las esperanzas de mejorarla en el futuro.

3.3.4. Por ocupación del tiempo libre se entenderá la forma en la que los pacientes ocupan su tiempo libre, el cual incluye aquel tiempo que no está dedicado a las actividades escolares, laborales, ni de satisfacción de necesidades vitales (sueño, hora de la comida o tiempo para tareas de autocuidado).

3.4 VARIABLES:

3.4.1 variable independiente:

- Grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica.

3.4.2 variable dependiente:(Evaluadas con el instrumento de Braswell et al, 1986)

- Autoconcepto
- Relaciones interpersonales
- Altruismo/ optimismo
- Ocupación del tiempo libre
- **3.4.3 Variables extrañas** (que no pudieron ser controladas en el estudio)
- Los entrevistadores que aplicaron en cuestionario antes y después del tratamiento.
- Efectos de las otras intervenciones terapéuticas del programa
- Dinámica familiar y cooperación de la familia en el tratamiento
- Adherencia al empleo de los medicamentos
- Adherencia al tratamiento

3.5. HIPOTESIS:

3.5.1.

Ho

No habrá diferencias significativas en el autoconcepto de los miembros del grupo control y del grupo experimental.

H1

Los miembros del grupo experimental mostrarán un incremento estadísticamente significativo en su autoconcepto.

H2

Los miembros del grupo control mostrarán un incremento significativo en su autoconcepto.

3.5.2
Ho.
No habrá diferencias significativas en la calidad de las relaciones interpersonales (habilidades de socialización) entre los miembros del grupo control y del grupo experimental.

H1
Los miembros del grupo experimental mostrarán un incremento estadísticamente significativo en la calidad de sus relaciones interpersonales (sus habilidades de socialización.)
H2
Los miembros del grupo control mostrarán un incremento estadísticamente significativo en la calidad de sus relaciones interpersonales (sus habilidades de socialización.)

3.5.3
Ho
No habrá diferencias significativas en el altruismo/optimismo entre los miembros del grupo control y del grupo experimental (participantes en el programa de musicoterapia).
H1
Los miembros del grupo experimental mostrarán un incremento estadísticamente significativo en su altruismo/optimismo
H2
Los miembros del grupo experimental mostrarán un incremento estadísticamente significativo en su altruismo/optimismo.

3.5.4.
Ho.
No habrá diferencias significativas en la forma de empleo del tiempo libre entre los miembros del grupo control y del grupo experimental.

H1
Los participantes en el grupo experimental mostrarán un incremento estadísticamente significativo en la manera de emplear el tiempo libre. que el grupo control.

H2
Los participantes en el grupo control mostrarán un incremento estadísticamente significativo en la forma del empleo de su tiempo libre que el grupo experimental.

3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO

Este fue un estudio quasi-experimental prospectivo, de comparación pretest-tratamiento-postest entre un grupo control que recibió únicamente intervención farmacológica y psiquiátrica y un grupo experimental que además de medicamentos, recibió intervenciones terapéuticas múltiples. Las muestras se suponen aleatorias., pero no lo son

debido a la forma como los sujetos fueron asignados los sujetos a los grupos. Por sus características los dos grupos son experimentalmente equivalentes, (Campell y Stanley,1973)..

3.7 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

3.7.1 Grupo experimental

El grupo experimental (N=17) quedó conformado por 13 varones y 4 mujeres Todos tenían un diagnóstico principal de esquizofrenia, en fase crónica y llenaban el resto de los criterios de inclusión en el proyecto. que se mencionan posteriormente. El rango de edad era entre 19 y 38 años (X=28.64), (DE=5.8). con un promedio de escolaridad de 11.5 años (DE= 1.5). Todos, los pacientes tenían como primer diagnóstico el de trastorno esquizofrénico. El tiempo de enfermedad promedio fue de 7.5 años (DE=6.1).El número promedio de diagnósticos por sujeto fue de 3.1 (DE=2). Únicamente 3 sujetos del grupo tenían un solo diagnóstico (esquizofrenia). Los diagnósticos más frecuentes en este grupo eran:

- Dependencia al alcohol
- Agorafobia sin trastorno de ansiedad
- Fobia social
- Depresión mayor sin características psicóticas

3.7.2 Grupo Control

El grupo control(N=16) estuvo formado por 13 hombres y 3 mujeres. Todos tenían como primer diagnóstico el de trastorno esquizofrénico. La media de edad era de 28.9 años DE=7), con un rango de edades entre los 17 y los 40 años. El promedio de años de escolaridad fue 11.5 años (DE=1.4). El promedio de tiempo de enfermedad fue de 7.5 años(DE=4.5).El número promedio de diagnósticos fue de 4.5 (DE=2.6). Únicamente 2 sujetos del grupo tenían como un solo diagnóstico (esquizofrenia). Los diagnósticos mas frecuentes en este grupo.

- Depresión mayor con características psicóticas
- Síndrome orgánico cerebral.

El resto de los diagnósticos aparecían solo una vez en diferentes pacientes

3.8 PROCEDIMIENTOS:

Los pacientes que participaron en el programa fueron admitidos conforme asistieron a solicitar atención al Servicio de consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría., los criterios para la participación en el programa de investigación (Dela Fuente et al. 1993) fueron los siguientes:

3.8.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos
- Edad entre 16 y 40 años.
- Residencia en la ciudad de México o área metropolitana.
- Educación primaria terminada.
- Reunir los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con el DSM-III-R y con CIE-10 (1992)
- Presentar estabilidad de los síntomas (disminución o remisión de la sintomatología aguda).
- Contar con uno o mas familiares que desearan participar en el programa, que tuvieran una convivencia estrecha con el paciente y que asumieran la responsabilidad para el cumplimiento del programa.
- El paciente debía firmar una carta en la que expresaba su deseo y su compromiso para participar en el programa

3.8.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no reunieran alguno de los criterios de inclusión.
- Pacientes cuya sintomatología aguda no hubiese cedido y que interfieren de manera importante en su funcionamiento impidiéndoles llevar a cabo actividades de autocuidado y de la vida diaria y limitándoles la posibilidad de interactuar con otras personas.
- Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos (invalidantes).
- Pacientes con déficits cognitivos severos. (pacientes cuyo funcionamiento se encuentra muy por debajo de la mayoría de los miembros de grupos, interfiriendo esto en el funcionamiento de éste.

Para ingresar al programa los pacientes fueron evaluados con:

- Entrevista Psiquiátrica CIDI (Robins,1990.) Es una entrevista estructurada que tiene por objeto realizar el diagnóstico de los pacientes de acuerdo con los criterios del CIE 10 y/o del DSM III-R. Ésta fue aplicada por uno de los psiquiatras asignados al proyecto.
- Escalas de Di Mascio (Chovinard, 1980) que evalúa la presencia e intensidad de los síntomas extrapiramidales que son efecto secundario consecuencia de los medicamentos.
- La escala PANSS (Andreasen, 1982,1984), que mide la intensidad de los síntomas psicóticos.
- El desempeño cotidiano del paciente Éste fue evaluado con la Escala de Desempeño Cotidiano del Instituto Mexicano de Psiquiatría (de la Fuente, 1993). Esta escala fue desarrollada y utilizada en este proyecto y evalúa la percepción que la familia tiene del estado y funcionamiento de su paciente Pretende evaluar los cambios que la familia ha observado después del tratamiento. Esta escala fue aplicada por uno de los psiquiatras asignados al proyecto y fue contestada por los familiares de los pacientes de ambos grupos, antes y después de la aplicación de las estrategias terapéuticas. Este instrumento está compuesto por las siguientes secciones:

- relación con otros miembros de la familia
- cuidado personal
- actividades escolares
- ocupación del tiempo libre
- evaluación del comportamiento del paciente a nivel individual, familiar y social
- actividades laborales

Esta escala no se empleó en la evaluación de este trabajo

Los resultados de estas evaluaciones sirvieron para identificar algunos de los criterios de inclusión y/o exclusión al programa, pero no se reportan en este trabajo.

Para evaluar específicamente el programa de Musicoterapia/ terapia de actividades se empleó el *Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients* (Evaluación inicial para el ingreso a programas de musicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes

psiquiátricos) (Braswell et al., 1986). Este instrumento se describe detalladamente más adelante. El instrumento fue aplicado en el pretest por los 3 terapeutas de actividades, en el postest, únicamente por dos de ellas.

Después de las evaluaciones se siguieron los siguientes procedimientos:

3.8.3 Grupo control

El procedimiento a seguir con los pacientes asignados al grupo de intervención farmacológica fue informarles que su participación en el proyecto consistiría en la realización de estudios diagnósticos iniciales y una evaluación igual un año después y que recibirían atención medico-psiquiátrica quincenalmente.

El grupo control asistió durante el mismo tiempo a recibir consulta psiquiátrica y control de medicamentos cada 15 días.

3.8.4 Grupo experimental

Una vez que se hubo seleccionado y evaluado a los pacientes del grupo experimental, se realizó una entrevista informativa del proyecto con el paciente y su familia, durante esta sesión, se obtuvieron los datos sociodemográficos del paciente y se firmo la carta de aceptación del paciente y su familia para participar en el proyecto durante un año. Posteriormente, los pacientes asistieron durante 14 meses a recibir las estrategias psicosociales de rehabilitación por las tardes, 3 horas, 3 veces a la semana, en las siguientes actividades:

- Psicoterapia de familia. Para esta intervención terapéutica, los familiares responsables de los pacientes se dividieron en dos grupos. Cada uno de éstos se reunían semanalmente durante 90 minutos. El objetivo de la intervención era crear conciencia de la enfermedad en los familiares, adherencia al tratamiento, así como brindar un foro para expresar y manejar algunos de los conflictos causados por el padecimiento de su familiar.
- Intervención psicosocial. Para esta intervención el grupo experimental se dividió en dos. El objetivo fue mejorar el funcionamiento psicosocial .En las sesiones se trataban temas como la sexualidad, la búsqueda de pareja, la ocupación laboral, las relaciones familiares e interpersonales.

- **Psicoterapia grupal** . Los pacientes fueron divididos en dos grupos que se reunían una vez por semana durante 75 minutos. El objetivo de la intervención fue básicamente crear conciencia de enfermedad.
- Psicoterapia individual. Los pacientes asistían a una sesión de terapia individual cada tres semanas. El objetivo era reforzar el tratamiento grupal.
- **Terapias de actividades**: Los objetivos fueron los mencionados para el proyecto de musicoterapia, además cada intervención tenía objetivos específicos. Los pacientes asistían un total de 6 horas semanales a terapia de actividades. éstas eran:
- Musicoterapia
- Expresión corporal,
- Taller de dibujo
- Terapia recreativa.

Las sesiones de musicoterapia, se llevaron a cabo una vez por semana y tenían una duración de una hora. Para llevar a cabo este tratamiento el grupo experimental fue divido en dos partes, por lo que había dos grupos de musicoterapia.. Los criterios para la división fueron únicamente el de tener dos grupos lo mas parecidos posibles entre si de acuerdo con edad y sexo de los participantes. Esta selección no tuvo ninguna relación con la forma de selección de los grupos del proyecto general.. Los grupos estuvieron conducidos por una musicoterapeuta y una psicóloga que fungió como coterapeuta.

Las técnicas que se emplearon fueron seleccionadas de acuerdo con la clasificación que hace Unkefer (1991) de acuerdo con las características y necesidades de los pacientes con esquizofrenia. Las técnicas empleadas en este proyecto específicamente se describen mas adelante con mayor detalle.

3.9. INSTRUMENTO

Para realizar este estudio se buscó un instrumento que hubiera sido utilizado previamente en México, diseñado para evaluar este tipo de intervenciones terapéuticas con pacientes psiquiátricos y que estuviera validado y estandarizado con población mexicana. Algunos de los que se encontraron, (Rascón y cols., 1981) expresamente diseñados para el

trabajo con pacientes psiquiátricos estaban hechos para evaluar conductas que los pacientes de este proyecto ya presentaban como por ejemplo su permanencia durante la sesión, su apariencia y aliño y que ya no era necesario evaluar como la base del programa del tratamiento.

Al no encontrarse ningún instrumento que se hubiera desarrollado y empleado en México específicamente para la evaluación de pacientes psiquiátricos en este tipo de programa y que tuviera estas características metodológicas deseables , se decidió utilizar para la evaluación de los objetivos de las terapias de actividades el *Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients* (Evaluación inicial para el ingreso a musicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes psiquiátricos) (Braswell et al., 1983, 1986).

3.9.1 Descripción del instrumento.

Es un instrumento de autorreporte que cuenta con cuatro partes:

1) Escala de preferencia de actividades del tiempo libre. Esta sección evalúa las actividades que el paciente prefiere realizar durante su tiempo libre, así como qué tanto está involucrado en ellas y con que otras personas las realiza.

Consiste en 19 reactivos que se califican en una escala de 1-4: 1) no interesado, 2) interesado por aprender, 3) participación ocasional y 4) participación frecuente. A cada respuesta se le asignó una puntuación del 1 al 4. Estos se sumaron y la suma de éstos se tomó como calificación de esta escala Las puntuaciones fueron consideradas en el análisis estadístico. de los resultados de este estudio.

2) La segunda sección investiga la participación del paciente en organizaciones sociales(como clubes, grupos deportivos, u otros) previo a su ingreso al programa terapéutico.

3) La tercera sección es una encuesta de actitudes que brinda información sobre tres aspectos que los autores consideran relevantes para el tratamiento y son

a) el autoconcepto,

b) las relaciones interpersonales,

c) el altruismo/optimismo.

Esta sección consiste en 50 reactivos de una escala tipo Likert con un rango de respuesta de 1 a 5: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y siempre. Las calificaciones obtenidas en cada escala se suman y esta suma es la que se considera para realizar el análisis estadístico de los resultados.

4) Al final del instrumento se presenta un espacio para comentarios sobre las características y comportamiento de los pacientes. En el caso de este estudio no se empleó esta sección de manera cuantitativa debido al nivel de funcionalidad de los pacientes del grupo experimental, ya que su presentación, aliño y relación con el entrevistador eran apropiados y no representaban ningún problema.

3.9.2 Antecedentes del instrumento:

Braswell, Brooks, Decuir, Humphrey, Jacobs y Sutton (1983, 1986) desarrollaron el cuestionario *Music/activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients*. Uno de sus componentes más importantes es la escala de actitudes que contiene. Está basado en medidas de autorreporte y la escala de actitudes ofrece información sobre el autoconcepto, las relaciones interpersonales y altruismo/optimismo.

Para su standarización se administró el instrumento a 214 estudiantes universitarios y a 93 pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Los autores encontraron que las 3 partes que forman la escala de actitudes mostraba consistencia interna para ambas muestras, o sea que las escalas miden dominios de actitudes diferentes. Un análisis de funciones reveló que dos de las tres escalas discriminaba significativamente ($p. < .05$) entre ambos grupos y que todas las escalas discriminaban significativamente ($p. < 01$) entre los grupos diagnósticos de los pacientes. Aunque los autores no hablan específicamente del empleo de este instrumento como medio para el diagnóstico, la comparación de las medias de ambos grupos indican que posiblemente existan diferencias significativas en por lo menos una de las escalas.

Los estudiantes tenían una media de 64.17 en la escala de autoconcepto mientras que los pacientes era de 71.36. Las medias en las otras escalas eran casi idénticas.

El análisis factorial del instrumento realizado por los autores a la escala de actitudes dio como resultado tres escalas: autoconcepto, relaciones interpersonales y altruismo/optimismo, con una consistencia interna entre r =.63 y r =.74. Cada escala mide una sola dimensión. La escala de ocupación del tiempo libre la emplearon los autores se utiliza como forma de diagnóstico de esta área.

3.9.3 Empleo del instrumento en este estudio

Después de seleccionar este instrumento, se tradujo y se aplicó a personas que no eran pacientes y a pacientes con otros diagnósticos internados en el Hospital del IMP. Esta aplicación fue únicamente para probar si la traducción era adecuada y comprensible. Posteriormente se corrigió la traducción de algunos reactivos y se procedió a aplicarlo a los pacientes de la investigación.

El instrumento fue aplicado a los pacientes de ambos grupos al principio y al final del programa por las terapeutas del programa de terapias de actividades. Se les hacía a los pacientes en voz alta cada una de las preguntas y se anotaba su respuesta. Algunos pacientes tuvieron dificultad para concentrarse y/o para comprender las preguntas, por lo que cuando era necesario, se repetía la pregunta literalmente y tantas veces como fuera necesario

La primera sección del instrumento, en la que se reportan las actividades que el paciente realiza en su tiempo libre y con quien las realiza, fue empleada para propósitos de esta investigación como diagnóstico del área de ocupación del tiempo libre. A cada respuesta se le asignó una puntuación del 1 al 4. Estos se sumaron y la suma de éstos se tomó como calificación de esta escala Las puntuaciones fueron consideradas en el análisis estadístico. de los resultados de este estudio.

Como se mencionó anteriormente, la segunda sección del instrumento investiga la participación del paciente en organizaciones sociales(como clubes, grupos deportivos, u otros) un año antes de su ingreso al programa terapéutico. En el caso de la población estudiada en este proyecto, esta sección brindó poca información por las características socioculturales de los pacientes. Muy pocos reportaron haber pertenecido a alguna

organización o club deportivo, por lo cual se decidió no incluir la información de esta sección en los resultados finales.

La tercera sección se aplicó como se presenta originalmente en el instrumento. La parte final del instrumento es un espacio para observaciones y comentarios sobre la apariencia y comportamiento de los pacientes durante la entrevista de aplicación del cuestionario. Debido a las dificultades para reportar de manera objetiva estas observaciones, no se reportó esta sección.

Después de la aplicación del instrumento, se hizo un análisis de la consistencia interna de las escalas que los componen éste con la población con la que se trabajó.

4. RESULTADOS

El estudio tuvo un diseño quasi-experimental prospectivo en el cual se compararon dos grupos , uno control (N=16) y uno experimental (N=17), en un diseño de comparación de grupos a los cuales a ambos se les aplicó un prestest y un postest y únicamente uno de los grupos de vio sometido al tratamiento. Aunque las muestras se suponen aleatorias., estas no lo son debido a la forma como fueron asignados los sujetos a los grupos, aunque si parecen ser experimentalmente equivalentes, (Campell y Stanley,1973)

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

4.1.1 Grupo Experimental

El grupo experimental (N=17), estuvo formado por 13 hombres y 4 mujeres con edades entre 19 y 38 años (X=28.64), (DE=5.8). El promedio de escolaridad fue de 11.5 años (DE= 1.5). Todos, los pacientes tuvieron como principal diagnóstico el de trastorno esquizofrénico.. El tiempo de enfermedad promedio fue de 7.5 años (DE=6.1).El número promedio de diagnósticos por sujeto fue de 3.1 (DE=2). Tres sujetos del grupo tenían como un solo diagnóstico (esquizofrenia).A continuación se enumeran los diagnósticos más frecuentes en este grupo. (Cuadros 1y 2)

Cuadro N° 1
GRUPO EXPERIMENTAL SEGUNDO DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO	n
Agorafobia sin trastorno de ansiedad	4
Depresión mayor sin características psic.	2
Depresión mayor con características psic.	1
Fobia social	3
Dependencia al alcohol	2
Distimia	1
Abuso de Cannabis	1
Sin segundo diagnóstico	3
TOTAL	17

Cuadro N° 2

GRUPO EXPERIMENTAL TERCER DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	n=
Agorafobia sin trast. de ansiedad	1
Fobia social	1
Trastorno obsesivo-compulsivo	1
Dependencia al alcohol	3
Abuso de cannabis	2
Dolor somatoforme	1
Sin tercer diagnóstico	8
TOTAL	17

4.1.2 Grupo control

El grupo control (N=16), estuvo formado por 13 hombres y 3 mujeres. Todos, los pacientes tuvieron como principal diagnóstico el de trastorno esquizofrénico. La media de edad era de 28.9 años (DE=7), el rango de edades se encontró entre los 17 y los 40 años. El promedio de años de escolaridad fue 11.5 años (DE=1.4). El promedio de tiempo de enfermedad fue de 7.5 años(DE=4.5).El número promedio de diagnósticos fue de 4.5 (DE=2.6). Unicamente 2 sujetos del grupo tenían como un solo diagnóstico (esquizofrenia).A continuación se enumeran los diagnósticos más frecuentes en este grupo: (Cuadros 3 y 4)

Cuadro N° 3

GRUPO CONTROL SEGUNDO DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	n
Depresión mayor sin síntomas psicóticos	1
Depresión mayor con características psi.	6
Fobia social	1
Trastorno obsesivo compulsivo	1
Dependencia al alcohol	1
Síndrome orgánico cerebral	2
Dependencia a cannabis	1
Bulimia nervosa	1
Sin segundo diagnóstico	2
TOTAL	16

Cuadro N° 4

GRUPO CONTROL. TERCER DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	n
Fobia social	2
Trastorno obsesivo-compulsivo	2
Distimia	2
Trastorno por ansiedad generalizada	2
Otros	2
Sin tercer diagnóstico	6
TOTAL	16

4.1.3 Comparación de las características sociodemográficas de ambos grupos

Se compararon la edad, la escolaridad, el número de diagnósticos y el tiempo de enfermedad de ambos grupos. Se empleó la prueba de t de Student (Levin, 1979) para la investigar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en estas variables sociodemográficas. El análisis de las características sociodemográficas muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < .05$). Al no existir diferencias en las características de los grupos, estos se pueden considerar experimentalmente equivalentes.Cuadros 5 y 6).

Cuadro N° 5

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO

	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	X	DE	X	DE
EDAD	28.6	5.8	28.9	7
ESCOLARIDAD	11.5	1.5	11.5	1.4
N° DE DIAGNÓSTICOS	3.1	2	4.5	2.6
TIEMPO ENFERMEDAD	7.5	6.1	7.5	4.5

Cuadro N° 6

VALORES DE T DE AMBOS GRUPOS EN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	T	P*
EDAD	.13	.283
ESCOLARIDAD	-.96	.210
N° DE DIAGNÓSTICOS	1.75	.068
TIEMPO ENFERMEDAD	-.01	.598

$p<.05$

4.2 RESULTADOS OBTENIDOS DEL INSTRUMENTO:

Se empleó la prueba de Mann-Whitney para evaluar dos grupos independientes que fueron extraídos de la misma población (Siegel, 1995), debido a que se tratan de variables ordinales y de una muestra relativamente pequeña (N=33) De acuerdo con el diseño experimental, se compararon las medias de las puntuaciones obtenidas por ambos grupo después del tratamiento, habiéndose visto que no existían diferencias significativas entre los grupos del estudio,. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos después del tratamiento.(Cuadro N° 7)

Cuadro N° 7

VALORES DE U DE MANN-WHITNEY
COMPARACIÓN DE GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL
ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

PRETEST	U	P (una cola)
Autoconcepto	127	.76
Socialización	134	.95
Altruismo/optimismo	122.5	.63
Ocupación tiempo libre	123	.65
POSTEST		
Autoconcepto	97.5	.16
Socialización	124	.68
Altruismo/optimismo	126.5	.73
Ocupación del tiempo libre	118	.53

P > .05

Asimismo se empleó la prueba de Wilcoxon en la que se compararon las medias de las puntuaciones de cada uno de los grupos, antes y después del tratamiento, comparándose cada grupo contra si mismo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar a cada uno de los grupos contra si mismo antes y después del tratamiento.(Cuadro 8)

Cuadro N° 8

VALORES DE Z. PRUEBA DE WILCOXON PARA MUESTRAS APAREADAS

GRUPO CONTROL	Z	P de dos colas
Autoconcepto	-94.26	.34
Socialización	-1.1995	.23
Altruismo/optimismo	-1.2236	.22
Ocupación del tiempo libre	-.0786	93
GRUPO EXPERIMENTAL		
Autoconcepto	-1.0686	.28
Socialización	-.6589	.51
Altruismo/optimismo	-.6221	.53
Ocupación del tiempo libre	-1.4215	.15

P>.05

Al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y al haberse observado mejorías notorias desde el punto de vista clínico en el grupo experimental, se procedió a tratar de explicar estos cambios por lo que se analizaron los porcentajes de los pacientes que mejoraron sus calificaciones entre la primera y la segunda aplicación del cuestionario y se compararon las diferencias entre el grupo experimental y el control, observándose lo siguiente:

En la escala de autoconcepto el 52.9% del grupo experimental mejoró sus puntuaciones después del tratamiento y únicamente el 31.3% del grupo control mostró este cambio.

En la escala de relaciones interpersonales el 52.9 % del grupo experimental mostró aumento en sus puntuaciones en la escala, mientras que solo el 31.3% del grupo control mostró un aumento.

En la escala de altruismo/optimismo los resultados son diferentes a las escalas anteriores en las que se observa que solo el 35.3% de los miembros del grupo experimental mejoraron sus puntuaciones vs. el 56.3% del grupo control.

En la escala de ocupación del tiempo libre el 70.6% del grupo experimental mostró mejorías en su puntuaciones vs. el 37.5% del grupo control. (Cuadro 9)

Cuadro N° 9

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE MODIFICARON SUS PROMEDIOS EN LAS DIFERENTES ESCALAS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

	GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
ESCALAS	AUMENTÓ	IGUAL	DISMI-NUYÓ	AUMENTÓ	IGUAL	DISMI-NUYÓ
AUTOCONCEPTO	52.9%	0	47%	31.3%	12.5%	56.2%
SOCIALIZACIÓN	52.9%	11.7%	35.2%	31.3%	6.2%	62.5%
ALTRUISMO OPTIMISMO	35.3%	5.8%	58.8%	56.3%	6.25%	37.5%
OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	64.7%	0	35.2%	37.5%	25%	37.5%

4.3. CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO

Con los resultados obtenidos de la muestra de este estudio se hizo el análisis de consistencia interna de cada una de las escalas del instrumento, mostrando todas un coeficiente de confiabilidad mayor a .90, lo cual indica que cada una de las escalas del instrumento tiene una consistencia alta, por lo cual se concluye que cada una mide un constructo diferente y de manera consistente.(Cuadro 10).

Cuadro 10

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL INSTRUMENTO

ESCALA VALORES DE ALPHA

ESCALA	VALORES DE ALPHA
AUTOCONCEPTO	.91
SOCIALIZACIÓN	.93
ALTRUISMO/OPTIMISMO	90
OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	.89

Los resultados obtenidos no permiten aceptar ninguna de las hipótesis alternas y únicamente se aceptan las hipótesis nulas:

1. No existen diferencias significativas en el autoconcepto de los miembros del grupo control y del grupo experimental (participantes en el programa de musicoterapia).

2. No existen diferencias significativas en la calidad de las relaciones interpersonales (habilidades de socialización) entre los miembros del grupo control y del grupo experimental (participantes en el programa de musicoterapia).

3. No existen diferencias significativas en el altruismo/optimismo entre los miembros del grupo control y del grupo experimental (participantes en el programa de musicoterapia

4. No existen diferencias significativas en la forma de empleo del tiempo libre entre los miembros del grupo control y del grupo experimental (participantes en el programa de musicoterapia).

5. DISCUSIÓN

5.1 LA SELECCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

El análisis de los resultados muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas de los miembros de los grupos del estudio . Este análisis fue importante ya que muestra que a pesar de que los grupos no fueron seleccionados aleatoriamente y que son entidades que se formaron naturalmente -debido al orden en el que se presentaron a solicitar asistencia y al tiempo en el que se logró estabilizar sus síntomas- son experimentalmente equivalentes . El hecho de que no existan diferencias significativas en sus características sociodemográficas hace que estos grupos sean equivalentes y por lo tanto útiles para el estudio con un diseño como el que se empleó, ya que son comparables y las variables antes mencionadas no tienen que ser consideradas como extrañas.

5.2. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra es relativamente pequeño (N=33). Con frecuencia las investigaciones clínicas sobre tratamientos psicosociales para pacientes con esquizofrenia, reportan muestras pequeñas, (Chun et al, 1987; Haakenaasen y Ugelstad, 1986)) lo mismo ocurre en los estudios de musicoterapia. (Aldrige, 1993; Lubart, 1985).

En este tipo de investigaciones es difícil tener en un solo estudio, muestras lo suficientemente grandes como para que la estadística logre reflejar los cambios ocurridos a nivel clínico. En el caso de este estudio específicamente el tamaño de la muestra implica una limitación en la forma de reportar, de interpretar y generalizar los resultados, pero no por ello los resultados dejan de tener importancia. Precisamente una de las aportaciones radica en la importancia de plantear que a pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas (cuantitativamente), los pacientes si presentaron cambios en su comportamiento, y por lo tanto hay que abundar más en los datos cualitativos.

Es importante tener en cuenta que en los estudios de tipo clínico en los cuales se somete a un grupo de pacientes a un tratamiento determinado, lo más probable es que la

muestra siempre va a ser relativamente pequeña, por lo que hay que buscar otras alternativas para el análisis de los datos.

5.3 RESULTADOS OBTENIDOS DEL INSTRUMENTO:

El análisis de los resultados muestra que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las escalas del instrumento. De interpretarse este análisis literalmente se concluiría que el tratamiento no produjo cambios en los pacientes del grupo experimental , y por lo tanto que el tratamiento con musicoterapia no provocó cambios en los pacientes.

A lo largo de los 14 meses de trabajo se observaron cambios notorios en lo que respecta a las áreas medidas por el instrumento, en especial en el área de relaciones interpersonales. Asimismo se observaron mejorías en otras áreas que no estaban medidas directamente por el instrumento, mismas que se describirán al final de este capítulo

Habiendo observado estos cambios y tratando de explicarlos de una manera cuantitativa se analizó el porcentaje de pacientes que incrementaron en el postest sus puntuaciones en cada una de las escalas del instrumento. Este análisis reveló que un mayor número de pacientes del grupo experimental había mejorado sus puntuaciones en tres de las cuatro escalas del instrumento: en la de autoconcepto, las relaciones interpersonales y en la de ocupación del tiempo libre, lo cual permite, si bien de manera muy simple, tratar de encontrar una tendencia que ayude a explicar algunos de los cambios observados.

5.3 1 Escala de autoconcepto:

El 52.9% de los miembros del grupo experimental mejoró su puntuación del postest en la escala de autoconcepto a diferencia del 31.3% de los del grupo control. Los estudios reportan que esta área mejora notablemente como consecuencia de los tratamientos con musicoterapia. Estos resultados se han obtenido en el trabajo con todo tipo de pacientes (Adler, 1984; Carle, 1982; Palmer, 1977,) y en especial con pacientes psiquiátricos. Henderson (1983) reporta que las actividades musicales pueden funcionar efectivamente como agente psicoterapéutico para mejorar el autoconcepto de los pacientes.

5.3.2 Escala de relaciones interpersonales

En el área de relaciones interpersonales el 52.9% de los pacientes del grupo experimental mejoraron sus puntuación área a diferencia del 31.3% de los del grupo control. La musicoterapia ha sido empleada para mejorar las habilidades específicas en esta área ya que promueve y sirve como guía para la interacción entre los pacientes y que ayuda a manejar las situaciones interpersonales (Di Moura et al, 1984; Vidojkovic, 1979 Ridgeway, 1976). Este último autor observó que la interacciones se manifestaba en conductas como la verbalización de sentimientos y pensamientos, en una mayor participación y cooperación con el grupo y observando y respondiendo a las necesidades de los otros.

Vidojkovic (1979) en un trabajo realizado con pacientes psiquiátricos encontró que la música era un factor esencial en la resocialización de estos pacientes.

En este trabajo se observó que esta fue el área donde los pacientes del grupo experimental mostraron una mejoría notable: En un principio no se hablaban entre ellos, no participaba en las actividades, o cuando lo hacían sus participaciones eran escuetas, producto de la presión del terapeuta. No eran capaces de trabajar en equipo ni de ponerse de acuerdo para un fin de trabajo común. Posteriormente, participaban voluntariamente, decían qué actividades preferían realizar y sus aportaciones al grupo eran más personales. Interactuaban con sus compañeros, y lo hacían adecuadamente, de acuerdo con la situación y con el contexto, se dirigían directamente a ellos. Aprendieron a esperar y a respetar su turno en las actividades. Sus intercambios durante las sesiones de musicoterapia eran tanto a nivel verbal como no verbal (empleando recursos musicales o corporales). Eran capaces de reconocer las cualidades así como las deficiencias en los otros, y aprendieron a hacer énfasis en lo positivo. Los pacientes eran sensibles a la presencia de los otros y trataban de poner atención a su participación y a la de los demás: Poco a poco y a medida que fue progresando el programa, intervenían y opinaban cuando así lo requería la situación.

A lo largo del programa mostraron mayor confianza en ellos mismos y más habilidad para pedir la satisfacción de sus necesidades afectivas, e incluso de confrontar a sus compañeros en el manejo inadecuado que ellos hacían de sus conflictos. Asimismo, algunos

pacientes parecían tener cada vez más claro cuales eran las áreas de su funcionamiento personal que más problemas les causaban y en las cuales debían trabajar para expresar sus sentimientos y tomar iniciativas. Se observó también que manifestaban una mayor confianza en ellos mismos.

Las conductas de estos pacientes son similares a las que reporta Ridgeway (1976).

5.3.3. Escala de ocupación del tiempo libre

En cuanto a la ocupación del tiempo libre, al final del programa el 70.6% de los pacientes del grupo experimental mejoró su calificación en comparación con el 37.5% del grupo control.

Uno de los objetivos mas frecuentes en el empleo de la musicoterapia es el brindar recursos para el empleo del tiempo libre, ya que se ha encontrado que es una de las necesidades mas frecuentes de los pacientes en las instituciones pero sobre todo en la comunidad (Solomon et al., 1984), aunque parece haber poco acuerdo en como los musicoterapeutas en general brindan y promueven en sus pacientes las habilidades para el empleo del tiempo libre.(Wheeler, 1987).

En este grupo lo que se encontró fue que la musicoterapia le ofreció entre otras posibilidades para la ocupación de su tiempo libre una forma de entretenimiento en dos formas especialmente: escuchar música o de hacer música. En la mayor parte de los pacientes la manera más empleada fue escuchar música e incluso emplearla como recurso para la relajación. La alternativa de hacer música fue empleada solo por unos pocos que ya tocaban un instrumento y en el caso de uno de ellos lo había dejado de tocar, volvió a hacerlo.

Al final del programa los pacientes manifestaron un mayor interés e inquietud por ocupar su tiempo libre de manera diferente a como lo habían venido haciendo. En algunos casos ya realizaban algunas actividades en su tiempo libre aunque muchas de ellas eran durante las actividades programadas dentro del proyecto de tratamiento.

Durante los 14 meses de trabajo, una de las inquietudes que mas frecuentemente se manifestaron en el grupo era la apatía, la flojera y la incapacidad para levantarse a realizar alguna otra actividad que no fuera estar acostado y/o viendo la televisión,- síntomas negativos

característicos de este padecimiento.- las cuales los participantes en el programa se sentían incapaces de enfrentar. Los pacientes también manifestaron su deseo por tener opciones para la ocupación del tiempo libre, así como la iniciativa para realizar otro tipo de actividades entre las que mencionaban el trabajo(citado directamente de los pacientes). La literatura al respecto reporta que esta es una de las habilidades psicosociales de las que frecuentemente carecen los pacientes y que con frecuencia les obliga a regresar a la institución (Braswell et. al, 1983). Esta área se consideraba especialmente importante y difícil de mejorar tanto por las características del padecimiento como por la carencia de recursos comunitarios para la ocupación del tiempo libre.

En este estudio, el seguimiento de los pacientes será importante para conocer como ocupan su tiempo libre después de terminado el proyecto y también para poder reconocer si las habilidades adquiridas y practicadas durante el programa de tratamiento son transferibles y permanecen una vez terminado éste.

5.3.4 Escala de altruismo/optimismo.

El caso de esta escala es diferente a las otras tres ya que el 56.3% de los pacientes del grupo control mejoró sus calificaciones a diferencia del 35.3% de pacientes del grupo experimental. Esta tendencia es opuesta a la observada en las otras 3 escalas del instrumento anteriormente descritas en las cuales los sujetos del grupo experimental mostraron un incremento en sus calificaciones.

No se encontró en la literatura científica explicación alguna sobre este comportamiento. En este trabajo se plantea que es posible que esta disminución en los porcentajes por parte del grupo experimental y el aumento del grupo control se deba a uno de los efectos tratamiento psicoterapéutico, debido a que:

- Uno de los objetivos de la psicoterapia tanto grupal como individual era el de crear conciencia de enfermedad;
- Se definió el optimismo como la "actitud de un individuo con respecto a la organización social y a la vida en general que solo se fija en lo bueno y se muestra esperanzado...en lo

que se refiere a su vida" y como "la percepción que el paciente tiene de su vida en ese momento y las esperanzas de mejorarla en el futuro".

Por lo que se podría inferir que los pacientes al verse frente a la "realidad "de sus posibilidades y limitaciones debido a su padecimiento, no pueden mostrar una actitud "esperanzada " hacia el futuro y la vida.

Esto podría considerarse como lo que Anthony (1982) describe como los efectos "adversos" del tratamiento y que de probarse cierto, posiblemente se haya tomado como un logro pero que no se hayan considerado las consecuencias de esa intervención en toda su dimensión.

5.4. EL INSTRUMENTO.

Después del análisis de los resultados y de su discusión, surge la pregunta de porque los cambios observados durante el trabajo clínico no se vieron reflejados en diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. El instrumento está compuesto por 4 escalas, mismas que se emplearon en este estudio- claramente definidas y cada una mide una dimensión diferente, denominadas autoconcepto, relaciones interpersonales, altruismo/optimismo y ocupación del tiempo libre. Cada una de las escalas muestra un coeficiente de confiabilidad adecuado (alpha > .89), lo cual indica que aun al haberse empleado en una población distinta, cada una de las escalas muestra una adecuada consistencia interna.

A pesar de las consideraciones culturales mencionadas como reserva para el empleo de este instrumento en este trabajo, todos los reactivos muestran un alta correlación (> .30) con el resto de los reactivos de cada una de las escalas, por lo que el instrumento ha mostrado estar bien construido pero cuya utilidad para los fines aquí propuestos debe ser probada.

La pregunta sin embargo reside en si no aparecieron diferencias estadísticamente significativas debido a que el instrumento no las mide o si los cambios que presenta este tipo de pacientes son diferentes a lo que mide el instrumento , (de tipo cualitativo o posiblemente a nivel intrapsíquico y no son medibles con este tipo de instrumento) o si son otros los cambios que se deben esperar de este tipo de tratamiento y por lo tanto se deben identificar

aquellas dimensiones de la personalidad o del comportamiento que se modifican y buscar la forma de medir otras habilidades o características.

6. CONCLUSIONES

El empleo de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos en nuestro país es relativamente nuevo. El presente trabajo hace una descripción de su empleo sistemático con pacientes diagnosticados con esquizofrenia crónica y permite afirmar -a pesar de que los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas- que su empleo con este tipo de pacientes es útil y presenta una amplia gama de posibilidades. Esta afirmación aparentemente tan atrevida, se basa en las observaciones hechas de los cambios que presentaron los pacientes del grupo experimental después de los 14 meses de tratamiento. Del trabajo realizado es posible sacar las siguientes conclusiones:

6.1

La musicoterapia es una técnica efectiva en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica. Aunque el instrumento empleado para la evaluación de los pacientes no indica que existen diferencias estadísticamente significativas, la observación en la práctica clínica indica que los pacientes mejoran en áreas específicas cuando se someten a este tipo tratamiento estructurados y con objetivos claros.

Las áreas donde se observan mejorías más notables son en:

- Las relaciones interpersonales
- El empleo del tiempo libre
- El autoconcepto

La musicoterapia funciona en un nivel no verbal, donde la mayor parte de las terapias convencionales no lo hacen. Como se mencionó anteriormente, el trabajo con música implica la comunicación no verbal, y requiere de manera muy importante que las conductas del paciente estén estructuradas en la realidad y en el aquí y el ahora. A estos pacientes les ayudó a mantener el contacto con la realidad, en el procesamiento de la información y a establecer una interacción con otras personas en una situación estructurada, áreas en los que ellos tienen dificultades.

6.2

A lo largo del tratamiento se observó que los pacientes modificaron y mejoraron en los siguientes aspectos:

- Su forma de relacionarse con otros miembros del grupo:

Como se mencionó anteriormente en un principio no se hablaban entre ellos, no participaba en las actividades, o cuando lo hacían sus participaciones eran escuetas, producto de la presión del terapeuta, después participaban e incluso lo hacían con cierto gusto y placer. Al principio no eran capaces de trabajar en equipo ni de ponerse de acuerdo para un fin de trabajo común. Posteriormente, participaban voluntariamente, decían qué actividades preferían realizar y sus aportaciones al grupo eran más personales. Interactuaban con sus compañeros, y lo hacían adecuadamente, de acuerdo con la situación y con el contexto, se dirigían directamente a ellos.

Aprendieron a esperar y a respetar su turno en las actividades. Sus intercambios durante las sesiones de musicoterapia eran tanto a nivel verbal como no verbal (empleando recursos musicales o corporales) aunque el trabajo a nivel musical era muy rudimentario.

Eran capaces de reconocer las cualidades así como las deficiencias en los otros, y en ellos mismos. Aprendieron a reconocer en los demás lo positivo, eran sensibles a la presencia de los otros y trataban de poner atención a su participación. Poco a poco y a medida que fue progresando el programa, intervenían y opinaban cuando así lo requería la situación.

A lo largo del programa mostraron mayor confianza en ellos mismos y más habilidad para pedir la satisfacción de sus necesidades afectivas, e incluso de confrontar a sus compañeros en el manejo inadecuado que ellos hacían de sus conflictos. Asimismo, algunos pacientes parecían tener cada vez más claro cuales eran las áreas de su funcionamiento personal que más problemas les causaban y en las cuales debían trabajar para expresar sus sentimientos y tomar iniciativas. Asimismo se observó que manifestaban una mayor confianza en ellos mismos.

Cada uno fue encontrando un lugar dentro del trabajo del grupo y las experiencias musicales les permitían sentir que tenían éxito y que su presencia era importante.

Adquirieron mayor seguridad para realizar y participar en las actividades terapéuticas.

- Realizaron las actividades con mayor eficacia.
- Su capacidad para verbalizar y describir sus vivencias era cada vez mas adecuada. A medida que pasaba el tiempo expresaban mejor y más acertadamente sus necesidades; qué les gustaba y lo que no les gustaba dentro y fuera de la sesión. En algunos casos sus verbalizaciones sobre su experiencia y sobre sus sentimientos mejoraron , eran mas claras y hablaban de experiencias mas profundas.
- Ya no se sometían indiscriminadamente a las ordenes o instrucciones del terapeuta- quien representaba una figura de autoridad más- sino que ya se sentían en mayor libertad de expresar sus deseos.
- En el área física y motora sus habilidades mejoraron ya que eran capaces de realizar actividades que requerían de un grado considerable de coordinación motora la cual se les dificultaba debido a los medicamentos (por ejemplo: podían hacer ejercicios de imitación de rítmica corporal tipo Orff).

Dentro del proceso del grupo se observó que :

- Había diferencia en la forma de trabajar de los diferentes miembros del grupo, algunos estuvieron más involucrados que otros en el proceso terapéutico. El interés e involucramiento variaban en las actividades: en un principio muchos de los pacientes se mostraron dudosos o reacios a participar en esta modalidad terapéutica porque les parecía desconocida o novedosa, con el tiempo y a medida que fueron conociendo y viviendo la forma de trabajo, fueron participando más y mejor y expresaban que se sentían bien con lo que hacían.

En resumen se puede decir que cuando se trabaja con musicoterapia los cambios en los pacientes pueden ocurrir a varios niveles del funcionamiento de la personalidad:

Los cambios en la conducta se observan dentro del ámbito terapéutico en:

- la forma como se relacionan con otros miembros del grupo

- la frecuencia y el tipo de interacciones que presentan, por ejemplo si escuchan y responden a las necesidades de los demás o si solo participan para satisfacer sus propias necesidades.
- El interés con el que realizan las actividades
- La calidad y eficacia de su participación e involucramiento en las actividades, tanto en la interacción social como en la participación en la actividad musical.

Fuera del ámbito terapéutico, se esperaría que las conductas adquiridas durante el tratamiento fueran puestas en práctica de la siguiente manera:

- Modificando la manera como emplean su tiempo libre, y haciéndolo de una manera satisfactoria y "creativa".
- Interactuando con sus familiares y otras personas de manera adecuada.
- Estableciendo relaciones con personas de edad y/o intereses similares.

Los cambios intrapsíquicos y en sus actitudes solo se pueden inferir de las conductas observadas, por ejemplo: la modificación del autoconcepto y la mejoría de la autoestima, mismas que se manifiestan en su funcionamiento dentro del grupo.

6.3

Con respecto a la forma de trabajar:

Al inicio y durante el trabajo terapéutico se pusieron algunas reglas para el mejor funcionamiento del grupo, entre ellas se encontraban la puntualidad y la asistencia, así como el respeto a los miembros del grupo. Los pacientes sabían que podían hablar de cualquier tema que ellos quisieran o que les inquietara. En general no se hacían interpretaciones pero si se guiaba a los pacientes a descubrir y a emplear conductas que les permitiera un mejor funcionamiento tanto del grupo como fuera de éste.

En un principio fue difícil manejar la dinámica grupal debido a rivalidades y dificultades entre algunos miembros del grupo pero este obstáculo fue relativamente fácil de superar.

Otro aspecto difícil fue motivar a los pacientes para que participaran, ya que debido a las características de su padecimiento, tienden a ser o muy pasivos. Su capacidad de juicio

tiende a fallar y cuando participan no saben cuando dejar su turno y permitir la intervención de otros miembros del grupo. En le grupo de musicoterapia estos fueron aspectos que se trabajaron constantemente y en el caso de la mayor parte de los pacientes, mejoraron.

También fue difícil tanto para los pacientes como para los terapeutas adaptarse a este tipo de actividades que parecían novedosas y que no tenían algún objetivo aparente para ellos. Trabajar con música que es al mismo tiempo un medio que permitía cierta creatividad y libertad de expresión dentro de un contexto estructurado, no es algo a lo que estuvieran acostumbrados y aprendieron que podían hacer lo que quisieran o lo que pudieran porque lo que importaba no era el producto musical sino la participación y la expresión personal.

6.4

Una de las aportaciones de este trabajo es la descripción de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia crónica. En este sentido cabe mencionar además de las consideraciones de tipo terapéutico, (técnica terapéutica, manejo del grupo, etc.), la importancia de conocer qué tipo de materiales musicales se deben usar y las técnicas e intervenciones de musicoterapia que son adecuados para la población con la que se trabaja, en este caso con adultos que padecen esquizofrenia crónica.

Estas son algunas consideraciones:

- Es necesario tomar en cuenta los antecedentes culturales de los pacientes. El origen sociocultural de una paciente puede marcar las pautas para el empleo de algunos materiales musicales sobre todo al inicio del tratamiento.
- En general, los pacientes muestran cierta flexibilidad para experimentar con materiales nuevos y novedosos para ellos y en ocasiones se muestran dispuestos a intentar casi cualquier actividad, siempre y cuando tenga sentido para ellos y un objetivo claro.

  A lo largo de este estudio, los pacientes modificaron de manera notable algunas de sus preferencias musicales por ejemplo: en un principio no les gustaba trabajar con música clásica, posteriormente, ellos mismos pedían que se trabajara con ese tipo de música especialmente en los ejercicios de relajación.

- Cuando se trabaja con pacientes adultos es importante no tratarlos como niños. Esto es cierto tanto en la musicoterapia como en otro tipo de terapias de actividades y técnicas de rehabilitación En general, es mucho más fácil encontrar materiales musicales para niños que para adultos, y por ello existe una tendencia a usarlos y a abusar de ellos, peor los pacientes resienten enormemente que se les trate como menores, por lo que es importante trabajar con los materiales adecuados para su nivel de funcionamiento o si se van a emplear materiales para niños, es importante explicarles el motivo y el objetivo del trabajo y no emplearlos excesivamente.

  En esta misma línea, los instrumentos que se emplean aunque sean percusiones muy sencillas, deben ser para adultos y no para niños.
- Las actividades deben ser encaminadas al éxito del paciente entendiendo por ello que al mismo tiempo que se logra el objetivo terapéutico, el paciente realiza la actividad con cierto grado de éxito. Si la frustración va ser la experiencia mas frecuente, los participantes van a desistir de participar. En el caso de la musicoterapia, ésta tiene la característica de que las técnicas pueden adaptarse al nivel de funcionamiento y habilidades de cualquier paciente, desde muy elemental hasta muy complejo.
- Cuando se trabaja con grupos, sobre todo con las características del paciente con esquizofrenia, la población tiende a ser muy heterogénea y por lo tanto se deben tomar en cuenta las necesidades particulares de cada miembro de éste. Es importante por una parte plantear y trabajar sobre los objetivos terapéuticos del grupo y al mismo tiempo tomar en cuenta las necesidades y objetivos de cada paciente en particular.
- Las actividades de musicoterapia deben ser adecuadas al funcionamiento del paciente y congruentes con los objetivos terapéuticos. Si los pacientes tienen dificultades para mantener el contacto con la realidad se deberá trabajar con actividades estructuradas (trabajo con instrumentos o actividades de ejecución o de canto, juegos musicales, etc). A medida que mejora el contacto del paciente con la

realidad, y si así se considera conveniente o necesario, las técnicas podrán ser menos estructuradas como pueden ser actividades de improvisación o de escuchar música sin guía constante ya sea para relajación o para trabajo sobre experiencias personales, entre otras. Siempre hay que tener en cuenta las características clínicas de loa pacientes y emplear las técnicas adecuadas, el empleo inapropiado de algunas técnicas de musicoterapia, puede traer consecuencias infortunadas y contraproducentes para el paciente, en especial si se trabaja con pacientes psicóticos

6.5

La musicoterapia también permitió la participación de los familiares con los pacientes, esto ocurrió en eventos en los que los pacientes se presentaron en público. En Navidad y al final del programa, presentaron en público una serie de canciones, lo cual hicieron adecuadamente por lo que estuvieron satisfechos con su presentación y sus familiares estuvieron no solo como espectadores sino también cantando y participando con ellos. Esto les permitió ver una faceta de su familiar distinta y mas positiva, a la que habitualmente están acostumbrados.

6.6

Durante los 14 meses de trabajo, 3 pacientes del grupo experimental presentaron una recaída mostrando los síntomas de un cuadro psicótico agudo completo; dos de ellos fueron hospitalizados. De los tres, uno volvió a su nivel de funcionamiento anterior en aproximadamente un mes. Los otros dos, quienes recayeron dos meses antes del final del programa no lograron recuperar su nivel de funcionamiento anterior antes del final del estudio. En el grupo experimental solo hubo una deserción, a diferencia de 3 en el grupo control.

6.7

Las investigaciones hablan de la mejorías de la sintomatología, del entrenamiento de habilidades sociales, vocacionales,(Anthony y Farkas, 1982), y aunque se da por hecho que todas estas mejorías traen como consecuencia una mayor calidad de vida tanto de los

pacientes como de su familia, esto no se menciona explícitamente. Son pocos los estudios que mencionan el empleo del tiempo libre como un área importante que se debe rehabilitar. En una revisión que hacen Anthony y Farkas sobre instrumentos para evaluar pacientes en programas de rehabilitación, donde describen 59 de ellos, ninguno de los instrumento considera ampliamente la evaluación de esta área específicamente.

Uno de los objetivos de estos proyectos debiera ser mejorar la calidad de vida tanto en el área personal, como en la familiar , la personal y la recreativa. Citando la definición de rehabilitación que hacen Anthony y Farkas (1982) " que el resultado deseado de la rehabilitación, ya sea física o psiquiátrica, es ayudar al paciente a adquirir y a aplicar aquellas habilidades tanto físicas, como emocionales e intelectuales necesarias para funcionar en su medio ambiente de vida, de trabajo y de aprendizaje particulares usando la menor cantidad de apoyo de los profesionales", sería importante considerar cual debe ser el objetivo de est tipo de intervenciones terapéuticas.

Es importante dar a los pacientes herramientas no solo para encontrar trabajo y/ o para ir a la escuela sino también para ocupar su tiempo libre, y a que es durante éste que mucho del malestar surge y se buscan formas alternativas de ocuparlo, así como de aliviar el aburrimiento y otros síntomas recurriendo al empleo del alcohol y de otras drogas para aliviar el malestar.

6.8

¿Por qué el instrumento no midió los cambios que se observaron en los pacientes? En este sentido se pueden plantear mucha posibilidades, probablemente no era el instrumento adecuado en cuanto a la sensibilidad que se esperaba que tuviera para medir los cambios, pero también influyeron otros factores como son:

- Las características de los pacientes quienes probablemente no entendieron las preguntas del cuestionario debido al deterioro cognitivo y de la atención característicos de la esquizofrenia, pero que respondían aparentemente de manera correcta cuando posiblemente no entendían. En algunos casos se observó que el proceso delirante impedía la respuesta adecuada a las preguntas.

También es muy probable que la capacidad de insight y de reflexión esté muy disminuida en estos pacientes y que por lo tanto hayan tenido dificultad en responder con exactitud y de acuerdo con sus características de personalidad.

- No hay que descartar la posibilidad de que algunos de los pacientes no hayan entendido las preguntas debido a que el lenguaje pudo haber sido demasiado complejo para su nivel educativo.

6.9

No cabe duda que el trabajo con pacientes psiquiátricos, y en especial con pacientes con esquizofrenia crónica es un trabajo difícil y desgastante. Los estudios señalan que en los programas de tratamiento psicosocial, los efectos del programa permanecen en la mayoría de los pacientes como máximo, alrededor de dos años antes de que requieran nuevamente tratamiento. El sufrimiento no es solo para el paciente sino también para la familia, tanto en su costos materiales como económicos y emocionales. Es importante considerar la forma de que estos pacientes puedan mantener o conservar por el mayor tiempo posible las habilidades adquiridas en los programas de tratamiento y rehabilitación.

6.10

Generalmente cuando se trabaja con pacientes con esquizofrenia crónica, el clínico/investigador se encuentra con que su tratamiento no es el único al que es sometido su paciente sino que éste participa en un sinnúmero de terapias más, algunas de las cuales comparte los objetivos terapéuticos y/o de investigación con el tratamiento que se está llevando a cabo. Es importante tratar de controlar el mayor número de variables posible, pero a veces es imposible hacerlo debido a las características de los programas. Cuando eso sucede surge la duda de "¿a cual de todos los tratamientos se deben los cambios que observo en los pacientes?" En ocasiones incluso surgen situaciones en las que se contraponen los objetivos de un tratamiento con los de otro (Anthony, 1982), como parece que sucedió en este estudio entre los objetivos de la psicoterapia y los resultados en la escala de optimismo/altruismo que se empleó para evaluar la intervención de musicoterapia. En estos casos, como señala el autor, lo importante es si no se pueden

controlar esas variables, por lo menos tomarlas en cuenta y plantear los objetivos del estudio y los resultados de acuerdo con esa situación o limitación.

6.11

En el caso de este estudio, se puede afirmar que no es posible atribuir los cambios observados únicamente al tratamiento de musicoterapia, pero que si es posible describir los cambios que presentaron los pacientes dentro de este trabajo terapéutico específicamente y como éstos se mantuvieron a lo largo del tiempo del tratamiento. Los cambios, son resultado de todo el programa de intervenciones terapéuticas, con las consideraciones respecto a la musicoterapia descritas anteriormente.

6.12

Probablemente una de las limitaciones y una de las aportaciones más importantes de este estudio es el empleo de instrumentos que pretenden medir de manera "objetiva " los cambios que presentan estos pacientes, ya que pareciera que no son lo suficientemente sensibles para medir los cambios, o bien, no se ha definido adecuadamente cuales son los cambios qué se esperan de los pacientes y de los programas de tratamiento.

- Es importante considerar la inminente necesidad de tener otras formas de evaluar los cambios que un programa de musicoterapia específicamente puede producir , y que vaya más allá de las conductas manifiestas y de las respuestas conscientes que el paciente da al responder a un instrumento. Para ello se debe ir más allá del instrumento objetivo y revisar por una parte cuales son los objetivos de un programa de rehabilitación y en especial de musicoterapia y por otra parte definir en que dimensiones del funcionamiento de la personalidad se presentan estos cambios y de ahí buscar la forma de evaluarlos. Es claro que esto es mucho mas complejo y que requiere ir mas allá del instrumento "objetivo", que requiere mucho trabajo y que muy probablemente se requieran varias medidas y varias formas de evaluacion para obtener los resultados deseados. Este problema no es exclusivo de la musicoterapia sino que tambien atañe a otras técnicas terapéuticas que se dedican al trabajo con personas y no con números.

6.13.

El empleo de la musicoterapia con los pacientes con esquizofrenia que participaron en este estudio mostró ser una técnica que toca la parte humana de los participantes, probablemente una parte que fácilmente se olvida ante la dificultad para trabajar con ellos y debido a la necesidad de obtener resultados objetivos de los cambios ocurridos y así poder justificar y probar la eficacia de los tratamientos, no la mejoría de los pacientes ni de su calidad de vida.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tiene una serie de limitaciones, especialmente en la metodología, estas son:

- Por las características del programa de intervenciones terapéuticas y por la forma como está planteado el estudio es imposible saber si los cambios que presentan los pacientes son producto de una u otra intervención. En el caso de este estudio solo se puede afirmar que los cambios son producto del programa de intervenciones terapéuticas y probablemente algunos cambios en áreas específicas se deban a una intervenciones especial. La solución podría estar en un diseño experimental en el que los pacientes fueran asignados a un solo tipo de tratamiento pero esto implica problemas de tipo ético y económico.
- Es importante hacer un seguimiento de los pacientes para saber si las habilidades adquiridas durante el tratamiento son generalizadas a la vida diaria y durante cuanto tiempo permanecen en su forma de comportarse.
- La selección de la muestra de pacientes debiera ser aleatoria, aunque esto es difícil debido al número de sujetos que asisten a solicitar ayuda y que posteriormente llenan los requisitos de inclusión en el programa. asimismo, no es posible dejar a una persona que requiere y se beneficiaría del tratamiento sin éste únicamente con fines de investigación.

Este estudio permite plantear nuevos problemas para la investigación:

- ¿Cuales son los cambios que se pueden esperar al trabajar con pacientes con esquizofrenia
- ¿Como es posible medir estos cambios?
- Existe la necesidad inminente de desarrollar instrumentos específicos para medir los cambios consecuencia del tratamiento con musicoterapia. Desarrollar este tipo de instrumentos es un reto y debiera ser un prioridad para la investigación y para el trabajo clínico.

Al hacer investigación clínica, el clínico / investigador ha observado los cambios que presentan los pacientes, es necesario encontrar la forma de cuantificar y reportar adecuadamente los resultados pero mas importante aún es cómo como dar la importancia que

tienen a los datos cualitativos de manera que aporten al conocimiento de los procesos terapéuticos y de los cambios que estos pueden producir en los pacientes. Para ello será indispensable emplear instrumentos distintos a los que hasta los ahora se han venido empleando como puede ser el empleo de la grabación de video para identificar cambios en los pacientes, el uso de técnicas proyectivas para evaluar la dimensión inconsciente del cambio. La búsqueda en este sentido es importante debido a que el uso exclusivo de los modelos rígidos de investigación ya no puede ser la única manera de hacer investigación clínica.

De manera esencial este trabajo lleva a continuar usando e investigando el empleo de la musicoterapia en el trabajo clínico con la población de nuestro país, para:

- Desarrollar técnicas terapéuticas y materiales musicales específicos para su empleo con pacientes psiquiátricos.
- Usar una técnica - la musicoterapia- que por sus características toca muchos y muy diversos aspectos del funcionamiento de la personalidad.
- Devolver a los pacientes aquella parte humana que tuvieron y que por diferentes circunstancias han ido perdiendo, para mejorar su calidad de vida.
- Emplear la musicoterapia para dar a los pacientes recursos para la mejorar la socialización, para mejorar la autoestima, para brindarles oportunidades para el empleo de su tiempo libre, para darles la oportunidad de tener experiencias estéticamente significativas, para mejorar su calidad de vida, para hacerlos sentir mas humanos.

Este estudio será repetido con objeto de modificar algunas de las limitaciones y reafirmar la utilidad del empleo de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica.

REFERENCIAS

Adler, R.F.(1984) My self... through music, movement and art. ***Arts in Psychotherapy*** Fall, 11(3) 203-208.

Aldrige, D. (1993) Music therapy researcrch: I A review of the medical research literature within a general context of music therapy research. Special issue: Research in the creative arts therapies. ***Arts in Psychotherapy***. 20 (1)

Alvin, J. (1975) ***Music Therapy***. New York, Basic Books.

Anthony, W.A.; y Farkas, M. (1982) A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. ***Schizophrenia Bulletin***. 8: (1)

Andreasen, N. (1984). ***The broken brain***. New York: Harper and Row

Andreasen, NC, y Olsen, S (1982).. Positive and negative schizophrenia definition and validation ***Archives of General Psychiatry***. 39: 789-794.

Andreasen, NC.(1984) ***Scale for the Assessment of Negative and positive Symptoms*** (SPAS). Iowa City, IA: University of Iowa.

Anttinen, E.E. (1983) Can the vicious circle of chronicity and institutionalization be broken? ***Psychiatria Fennica***, Vol. 14, 12-31.

Asociación Psiquiátrica Americana.(1987) ***Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales III-R***. Barcelona: Masson Editores.

Bellack, A.S.; Morrison, R.L.; Wixted, J.T; Mueser, K.T (1990) An analysys of social competence in Schizophrenia. ***British Journal of Psychiatry***, 156: 809-818 en Bellack, AS y Mueser, KT. Psychosocial treatment of Schizophrenia. ***Schizophrenia Bulletin***. 19 (2), 317-336, 1993

Bellack, AS y Mueser, KT.(1993) Psychosocial treatment of Schizophrenia. ***Schizophrenia Bulletin***. 19 (2). 317-336.

Bennett, DH. (1987-88) Psychosocial rehabilitation: Evolution, principles, and application in combating negative symptoms. ***International Journal of mental Health***. Win. Vol 16 (4), 46-59.

Braswell, C. Maranto, C. y Decuir, A. (1979) A survey of clinical practice in music therapy. Part I. ***Journal of Music Therapy***, 16(1), 2-16.

Braswell, Charles;Brooks, Darlene M.; Decuir, Anthony A.; Humphrey, Terrence; et al. (1983) Development and Implementation of a Music Activity Therapy Intake Assessment for psychiatric Patients: I. Initial Standardization Procedures on Data from University Students. ***Journal-of-Music-Therapy***; Sum Vol 20(2) 88-100

Braswell C, Brooks DM, Decuir AA, Humphrey T, Jacobs KW, Sutton K. (1986) Development and implementation of a music activity therapy intake assessment for psychiatric patients. Part II: Standarization Procedures on Data from Psychiatric Patients. ***Journal of Music Therapy***. XXIII(3):126-141.

Bruscia, K.E. (1989). ***Defining Music Therapy***. Sping City, PA: Spring House Books.

Burton, R. ***The Anatomy of Melancholy***. Part 2, Sec. 2

Cambell, D.; y Stanley,J (1973). ***Diseños experimentales y quasi-experimentales en la investigación social. Buenos Aires:*** Amorroru editores.

Carle, I.L.;(1982) Music therapy in a different key. ***Music Therapy*** 2(1) 63-71.

Chovinard G.; Rossächovinard, A; et Al. (1980)The Extrapyramidal Symptom Rating Scale. ***Canadian Journal of Neurological Science***.. 7:233.

Chun, K.A.; Davidson, H.A. (1987) Examining the affect of chronic schizophrenic male patients towards three occupational therapy activities. ***Occupational Therapy in Mental Health*** 7 (4) 81-97

Clark, S. ***Psychiatry Today*** 1971) Baltimore, Penguin Books.,

Cook, M. y Freethy, M. (1973)The Use of Music as a Positive Reinforcer to Eliminate Complaining Behavior. ***Journal of Music Therapy***, 10 (4) 213-216.

Corrigan, Patrick W.; Liberman, Robert P.; Wong, Stephen E. (1993) Recreational therapy and behavior management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic? ***Journal of Nervous and Mental Disease*** Oct Vol 181(10) 644-646

Davis. W.B.; Gfeller, K.E.; y Thaut, M.H. (1992) ***An introduction to Music Therapy. Theory and practice***. Dubuque, Wm. C. Brown Publishers.

De La Fuente, R; Diaz M.R.(1993) ***Proyecto Para El Estudio, Tratamiento y Rehabilitacion Del Paciente Esquizofrenico***. Instituto Mexicano de Psiquiatria, 1993.(sin publicar)

De Moura Costa, Clarice S.; de Sampaio Vianna, Martha N. (1984) Musicoterapia: Uma Pesquisa sobre sua Utilizacao para Pacientes Esquizofrenicos. ***Jornal-Brasileiro-de-Psiquiatria***: Jun. Vol. 33(3) 178-185.

Feder, E. y Feder, B. (1981) ***The Expressive Arts Therapies. Art, Music and Dance as Psychotherapy***. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, Inc.

Graham, R. (1980) Music Therapy: The state of the field. ***NAPPH Journal*** 11(2), 32-39.

Goodwin, D. and Guze, S. (1979) ***Psychiatric Diagnosis*** New York: Oxford University Press.

Haakenaasen, K, Ugelstad, E.(1986) What is effective in trhe psychosocial treatment of younger chronic schizophrenic inpatients? A 10 year follow-up study ***Nordisk Psykiatrisk tidsskrift*** 40(4)

Haley, Bruce. ***The healthy Body and Victorian Culture***. (1978) Cambridge, Mass.:Harvard University Press.

Hayes, R L.; Halford, W. Kim; Varghese, Frank-N.(1991) Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients.***Occupational-Therapy-in-Mental-Health***:Vol 11(4) 3-20.

Henderson, S.M. (1983) Effects of a music therapy program upon awarness of mood music, group cohesion, and self-esteem among hospitalized adolescent patients ***Journal of Music Therapy*** ,20, 14-20.

James Mark R.; Townsley, Robin K. (1989) Activity therapy services and chemical dependency rehabilitation ***Journal-of-Alcohol-and-Drug-Education***: Spr Vol 34(3) 48-53.

Johnsosn, ER. (1981) The role of objective and concrete feedback in self-concept treatment of juvenile delinquents in music therapy. ***Journal of Music Therapy***, 18, 137-147.

Klyczek, James P.; Mann, William C. (1986) Therapeutic modality comparisons in day treatment. ***American Journal of Occupational Therapy***; Sep Vol 40(9) 606-611.

Kupperschmitt, Josette; Sizaret, Pierre (1981) Une experience de resocialisation par la flute a bec. ***Psychologie Medicale***; Nov. Vol. 13(12) 1989-1991

Langdon, Gillian S.; Pearson, Judith; Stastny, Peter; Thorning, Helle.(1989) The integration of music therapy into a treatment approach in the transition of adult psychiatric patients from institution to community. ***Music Therapy***;Vol 8(1) 92-107

Lefley, H.P. and Johnson, D.L. eds.(1990) ***Familiesd as Allies in Treatment of the Mentally Ill: New Directions for Mental Health Professionals***. Washington, D.C. American Orthopsychiatric Press, Inc.

Levin, J.(1979) ***Fundamentos de estadística en la investigación social.*** México: Harla.

Liberman, R.P. (1982) Assessment of social skills.***Schizophrenia Bulletin***. Vol. 8 (1) 62-84.

Lilley,Janet; Jackson,Letitia-T. The value of activities: Establishing a foundation for cost-effectiveness: A review of the literature. ***Activities, Adaptation and Aging***; 1993 Vol 18(1) 49-64.

Lubart, L. (1985) The use of structured art and movement with chronic schizophrenic adults. ***Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*** Vol. 6

Maurer, T; Smith, D.; Armetta, C. (1989) Single pupose vs. added purpose activity: Performance comparisons with chronic schizophrenics. ***Occupational Therapy in Mental Health***,9 (3) 9-20.

Marti-Ibañez, F.(1976) "Psychic Muse: Music, the Dance and Mediciene" MD 20, N° 10 (October, en Feder y Feder, 1981).

Meinecke, B. "Music and Medicine in Calssical Antiquity", in ***Music and Medicine***, (eds. Dorothy M. Schullian and Max Schoen. New York: Henry Scuman, 1948, reprinted by Books for Libraries Press, Freeport, New York, p. 57.)

Michel.D. (1965) Professional profile: the NAMT member and his clinical practices in music therapy. ***Journal of Music Therapy*** 2 (4), 124-129.

Michel, DE , y Martin, D.; (1970) Music and self-esteemresearch with disadvantaged problem boys in elementary school. ***Journal of Music Therapy***, 7, 124-128.

McGinty, J. (1980) Survey on duties and resposibilities of current music therapy positions. ***Journal of Music Therapy*** 12(3), 148-166.

Mueser, K.T; Bellack, A.S.; Douglas, M.S.; y Morrison, R.L.(1990) Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. ***Schizophrenia Research***, 5: 167-176, en Bellack, AS y Mueser, KT.(1993) Psychosocial treatment of Schizophrenia. ***Schizophrenia Bulletin***. 19 (2), 317-336.

National Association for Music Therapy, n.d. ***Music Therapy as a career***. brochure. Washington, D.C: The National Association for Music Therapy, Inc.

Nick, Elieth. (1987) Musicoterapia: Estudos preliminares de uma nova tecnica musicoterapica para pacientes esquizofrenicos. ***Jornal-Brasileiro-de-Psiquiatria***; May-Jun Vol 36(3) 185-188.

Noh, S. y Turner, R.J.(1987) *Living with Psychiatric Patients: Implications for the Mental Health of family members*. ***Social Science and Medicine***, 25: 263-271

Organización Mundial de la Salud. (1992) ***Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamineto.*** Madrid: Meditor

Palmer, M.D. (1977) Music Therapy in a comprehensive program of tratment and rehabilitation for the geriatric resident. ***Journal of Music Therapy*** Win 14(4).

Priestly, M. (1980) Analytical music therapy and "The detour through fantasy". ***British Journal of Projective Psychology and Personality Study***; Jun Vol 25(1) 11-15

Rascón, M.L.; Medina-Mora, M.E., González, N. (1981) a autopercepción y percepción social de pacientes psicóticos agudos. Trabajo presentado en el 1er Seminariode psicología de la salud, La Habana, Cuba.

Ridgeway, C.L. (1976). Affective interaction as a determinant of music involvement . ***The Sociological Quarterly*** 17, 414-438.

Robins, LN.. (1990) The Composite International Diagnostic Interview. ***Archives. of General Psychiatry***. 45: 1069-1077.

Sachs, C. ***Our Musical Heritage*** 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1955, en Feder.y Feder, 1981.

Scully, J.H (1985) ***Psychiatry***. New York: John Willey and Sons.

Smeltekop, R. and Houghton, B. (1990) Music therapy and psychopharmacholoy. In ***Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders***, edited by R.F. Unkefer, 109-125, New York: Schirmer Books.

Solomon, P; Gordon, B, Davis, J. (1984) ***Community service to discharged psychiatric patients***. Springfield, IL: Charles C. Thomas

Stephens, G. (1983) The use of improvisation for developing relatedness in the adult client. ***Music Therapy***; Vol 3(1) 29-42

Talerico, C,J. (1986) The expressive arts and creativity as a form of therapeutic experience in the field of mental health. ***Journal of Creative behavior***, 20 (4), 229-247.

Unkefer, R.F. (1990) ***Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders*** Schirmer Books, New York.

Vidojkovic, S. (1979) The role of music in the Sociotherapeutic Club (abstract) ***Psihijatrija Danas*** Vol. 11 (3-4) 185-194.

Vine, P. ***Families in Pain***, New York, N.Y.: Pantheon Books, 1982 (en Bellack y Mueser, 1993)

Warren HC (1984) ***Diccionario de Psicología.*** Fondo de Cultura Económica, México, D.F.

Wheeler, B. (1983) A Psychotherapeutic Classification of music therapt practices. A continuum of procedures. ***Music TherapyPerspectives*** 1:8-10.

Wheeler, B. (1987) Levels of Therapy: The classification of music therapy goals. ***Music Therapy*** 6 (2), 39-49.

Williams, G. y Dorow, L. (1983). Changes in complaints and noncomplaints of a chronically depressed psychiatric patient as a function of an interrupted music/verbal feedback package. ***Journal of Music Therapy***, 20(3), 143-155.

Zagelbaum, V.N.; Rubino, M.A.(1991) Combined dance movement, art, and music therapies with a developmentally delayed, psychiatric client in a day treatment setting. ***Arts in Psychotherapy***: Vol 18(2) 139-148.

ANEXO 1:

Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients (Evaluación inicial para el ingreso a músicoterapia y/o terapia de actividades para pacientes psiquiátricos) (Braswell, Brooks, Decuir, Humphrey, Jacobs y Sutton, 1983, 1986)

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

Programa de Rehabilitación del paciente esquizofrénico crónico
PROGRAMA DE TERAPIA DE ACTIVIDADES/MUSICOTERAPIA
EVALUACION DEL PACIENTE.
(Music Activity Intake Assessment for Psychiatric Patients)

Nombre del paciente_____ __ __

1 2

Fecha de nacimiento_____ Edad_____

Escolaridad (años terminados) _____

Fecha de inicio del padecimiento_____

Fecha de aplicación_____ __ __ __

3.4 5.6 7.8

INSTRUCCIONES GENERALES

Esta evaluación debe ser aplicada al paciente durante su primera semana de estancia en la institución. Esta evaluación está redactada en forma de preguntas. El terapeuta de actividades deberá realizar las preguntas y anotar las respuestas del paciente. Las siguientes instrucciones deberán leérsele a los pacientes.

> Le voy a hacer algunas preguntas. Esta no es una prueba y no hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas nos ayudarán a diseñar un programa terapéutico de acuerdo con sus necesidades. Queremos ayudarle a que cuando termine este programa usted pueda estar mejor. Nada de lo que usted nos diga será usado en su contra. Por favor responda de la manera más exacta posible.

PREFERENCIA DE ACTIVIDADES

El siguiente inventario está diseñado para determinar las preferencias del paciente, así como el grado en el que se ha involucraddo en las actividades y su relación con otras personas cuando las ha realizado. Los niveles de preferencia de las actividades son:

NI= No le interesa
IA= Le interesa aprender
PO= Ha participado ocasionalmente
PM= Ha participado mucho.

Los niveles de relación con otras personas son:

1. Ha realizado la actividad solo (incluye al expectador)
2. Ha realizado la actividad con otra persona.
3. Ha realizado la actividad en grupos pequeños (hasta de 8 personas)
4. Ha realizado la actividad en grandes grupos (más de 8 personas).

En la segunda aplicación agregar :

5. dentro del programa de Rehabilitación

Actividades	Preferencia	Participación
_____ Ver deportes 9	_____	_____
_____ Hacer deporte 10	_____	_____
_____ Ver bailar 11	_____	_____
_____ Bailar con otras personas 12	_____	_____
_____ Escuchar música 13	_____	_____
_____ Hacer música (cantar o tocar algún instrumento) 14	_____	_____
_____ Ver jugar juegos de mesa 15	_____	_____
_____ Jugar juegos de mesa 16	_____	_____
_____ Dibujar y pintar 17	_____	_____
_____ Ver obras de teatro 18	_____	_____
_____ Actuar en obras de teatro 19	_____	_____
_____ Leer libros de historietas 20	_____	_____
_____ Leer libros 21	_____	_____
_____ Ir al cine 22	_____	_____
_____ Ver películas en la TV 23	_____	_____
_____ Hacer trabajos manuales 24	_____	_____
_____ Tener una afición (hobbie) 25	_____	_____
_____ Ver TV 26	_____	_____
_____ Ir a la iglesia 27	_____	_____

PARTICIPACION EN GRUPOS ORGANIZADOS

Ha pertenecido usted a algún club, grupo u organización social?

_____
_____
_____

En estos grupos u organizaciones, con que frecuencia asistía usted a las reuniones?

Regularmente ___ Muy frecuentemente____ Algunas veces____ Esporadicamente____

Ocupó usted algún puesto directivo en estas? Cuales? _____
_____
_____

ENCUESTA DE ACTITUDES- INSTRUCCIONES

Para reponder a esta parte, se le debe dar al paciente una hoja con las siguientes palabras: "NUNCA, RARA VEZ, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE, SIEMPRE". Se le pedirá al paciente que responda a las preguntas con alguna de las cinco palabras. El terapeuta hará las preguntas y anotará las respuestas. Para las preguntas que tienen una / en los espacios debajo de la palabra **nunca**, el número que se anotará será 5,4,3,2, o 1. Para las preguntas con una / debajo se "siempre" los números que se anotarán serán 1,2,3,4,o 5. Por ejemplo:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
15. Le parece que la vida es muy pesada?	/____	_____	_____	_____	_____
17. Es honesto con usted mismo?	_____	_____	_____	_____	_____

El terapeuta le leerá al paciente las siguientes instrucciones:

> Le voy a dar una hoja con cinco palabras. Estas palabras son: NUNCA, RARA VEZ, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE, SIEMPRE. Le voy a hacer algunas preguntas y le voy a pedir que las conteste con alguna de estas cinco palabras. ¿Tiene usted alguna prgunta o duda?.

Después de terminar la Encuesta de actitudes y de anotar las observaciones pertinentes (después de la entrevista), anote las puntuaciones de dicha Encuesta en las tablas del final. Estas son: auto-concepto, Relaciones interpersonales y altruismo-optimismo.

ENCUESTA DE ACTITUDES

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
____ 28	1. Usted piensa que algún día tendrá una casa?	____	____	____	____	____\
____ 29	2. ¿Se lleva bien con su madre?	____	____	____	____	____\
____ 30	3. ¿Prefiere estar a solas?	/____	____	____	____	____
____ 31	4. ¿Obedece usted las reglas?	____	____	____	____	____\
____ 32	5. ¿Le caen bien la mayoría de las personas de su edad?	____	____	____	____	____\
____ 33	6. ¿Le gustaría tener un trabajo en el que ayudara a personas enfermas?	____	____	____	____	____\
____ 34	7. ¿La gente entiende lo que usted trata de hacer?	____	____	____	____	____\
____ 35	8. ¿Se frustra usted facilmente?	/____	____	____	____	____
____ 36	9. ¿Se mete en pleitos?	/____	____	____	____	____
____ 37	10. ¿Es usted capaz de trabajar duro para tener un buen trabajo?	____	____	____	____	____\
____ 38	11. ¿Le cuesta trabajo relajarse?	/____	____	____	____	____
____ 39	12. ¿Cree que todos están en su contra?	/____	____	____	____	____
____ 40	13. ¿Es usted honesto con otras personas?	____	____	____	____	____\
____ 41	14. ¿Se lleva bien con su padre?	____	____	____	____	____\
____ 42	15. ¿Cree que otras gentes están peor que usted?	____	____	____	____	____\
____ 43	16. ¿Las personas que trabajan en este lugar están interesadas en su bienestar?	____	____	____	____	____\
____ 44	17. ¿Es honesto con usted mismo?	____	____	____	____	____\
____ 45	18. ¿Es bueno para los deportes?	____	____	____	____	____\
____ 46	19. ¿La gente parece aceptarlo?	____	____	____	____	____\
____ 47	20. ¿Se siente más seguro cuando está encerrado?	/____	____	____	____	____
____ 48	21. ¿La vida es un problema?	/____	____	____	____	____
____ 49	22. ¿Le gustaría ser una persona mejor?	____	____	____	____	____\
____ 50	23. ¿Se considera más lento que los demás?	/____	____	____	____	____

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
____ 51	24. ¿Acepta bien las decepciones (desengaños)?	____	____	____	____	____\
____ 52	25. ¿Cree usted que todas estas terapias son pura basura?	/____	____	____	____	____
____ 53	26. ¿Le gusta su apariencia?	____	____	____	____	____\
____ 54	27. ¿Tiene facilidad para hacer amigos?	____	____	____	____	____\
____ 55	28. ¿Puede aguantarse (Contenerse)cuando alguién trata de golpearlo?	____	____	____	____	____\
____ 56	29. ¿ Le gusta estudiar?	____	____	____	____	____\
____ 57	30. ¿Es bueno para los estudios?	____	____	____	____	____\
____ 58	31. ¿Piensa en que algún día formará una familia?	____	____	____	____	____\
____ 59	32. ¿Les gusta a las otras personas estar con usted?	____	____	____	____	____\
____ 60	33. ¿Se lleva bien con la mayoría de las personas?	____	____	____	____	____\
____ 61	34. ¿Le gusta como es usted?	____	____	____	____	____ \
____ 62	35. ¿Puede aprender la mayor parte de las cosas que le interesan?	____	____	____	____	____\
____ 63	36. ¿Sabe qué va a hacer con su vida?	____	____	____	____	____\
____ 64	37. ¿Cree usted que le hará bien estar aquí?	____	____	____	____	____\
____ 65	38. ¿Piensa que algùn día usted será rico y famoso?	____	____	____	____	____\
____ 66	39. ¿Le gusta hablar con otras personas?	____	____	____	____	____\
____ 67	40. ¿Comete usted errores?	/____	____	____	____	____
____ 68	41. ¿Le cuesta trabajo conocer gente nueva?	/____	____	____	____	____
____ 69	42. ¿Se deprime con facilidad?	/____	____	____	____	____
____ 70	43. ¿La gente piensa que usted tiene muchas habilidades (cualidades)?	____	____	____	____	____\
____ 71	44. ¿Le gusta ayudar a otras personas?	____	____	____	____	____\
____ 72	45. ¿Le gustan las muchachas(os) de su edad?	____	____	____	____	____\
____ 73	46. ¿Desearia sentirse mejor?	____	____	____	____	____\
____ 74	47. ¿Pierde la compostura con facilidad?	/____	____	____	____	____

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
75	48. ¿Es usted egoista?	/				
76	49. ¿Se siente seguro de usted mismo?					\
77	50. ¿Va a hacer un gran esfuerzo para obtener una buena educación?					\

OBSERVACIONES POSTERIORES A LA ENTREVISTA

Anote después de cada afirmación una de las siguientes observaciones: AD (Adecuado), PA (Parcialmente adecuado), IA (Inadecuado), NA (no se aplica).

78	Respondió al saludo inicial	
79	Sonrió	
80	Respondió a las preguntas	
81	Mantuvo contacto visual	
82	Inició la conversación	
83	Intervalo de atención	
84	Concentración	
85	Postura	
86	Actividad física durante la entrevista	
87	Verbalización	
88	Expresión facial	
89	Vestido (arreglo)	
90	Aliño (limpieza)	
91	Motivacion para el tratamiento	
92	Interes en las terapias de actividades	

RESUMEN- AUTOCONCEPTO

Pregunta	Calificación
4. ¿Obedece usted las reglas?	_____
8. ¿Se frustra usted facilmente?	_____
11. ¿Le cuesta trabajo relajarse?	_____
17. ¿Es honesto con usted mismo?	_____
18. ¿Es bueno para los deportes?	_____
20. ¿Se siente más seguro cuando está encerrado?	_____
22. ¿Le gustaria ser una persona mejor?	_____
23. ¿Se considera más lento que los	_____
24. ¿Acepta bien las decepciones (desengaños)?	_____
26. ¿Le gusta su apariencia?	_____
28. ¿Puede aguantarse cuando alguién trata de golpearlo?	_____
29. ¿ Le gusta estudiar?	_____
30. ¿Es bueno para los estudios?	_____
34. ¿Le gusta como es usted?	_____
40. ¿Comete usted errores?	_____
42. ¿Se deprime con facilidad?	_____
43. ¿La gente piensa que usted tiene muchas cualidades?	_____
47. ¿Pierde la compostura con facilidad?	_____
48. ¿Es usted egoísta?	_____
49. ¿Se siente seguro de usted mismo?	_____
Suma	_____
Media	_____

RESUMEN -RELACIONES INTERPERSONALES

Pregunta	Calificación
2. ¿Se lleva bien con su madre?	_____
3. ¿Prefiere estar a solas?	_____
5. ¿Le caen bien la mayoria de las personas de su edad?	_____
7. ¿La gente entiende lo que usted trata de hacer?	_____
9. ¿Se mete en pleitos?	_____
12. ¿Cree que todos están en su contra?	_____
13. ¿Es usted honesto con otras personas?	_____
14. ¿Se lleva bien con su padre?	_____
16. ¿Las personas que trabajan en este lugar están interesadas en su bienestar?	_____
19. ¿La gente parece aceptarlo?	_____
27. ¿Tiene facilidad para hacer amigos?	_____

32. ¿Les gusta a las otras personas estar con usted? _____

33. ¿Se lleva bien con la mayoría de las personas? _____

39. ¿Le gusta hablar con otras personas? _____

41. ¿Le cuesta trabajo conocer gente nueva? _____

45. ¿Le gustan las muchachas(os) de su edad? _____

Suma total _____

Media _____

RESUMEN ALTRUISMO-OPTIMISMO

Pregunta	Calificación
1. Usted piensa que algún dia tendrá una casa?	_____
6. ¿Le gustaría tener un trabajo en el que ayudara a personas enfermas?	_____
10. ¿Es usted capaz de trabajar duro para tener un buen trabajo?	_____
15. ¿Cree que otras gentes están peor que usted?	_____
21. ¿La vida es un problema?	_____
25. ¿Cree usted que todas estas terapias son pura basura?	_____
31. ¿Piensa en que algún día formará una familia?	_____
35. ¿Puede aprender la mayor parte de las cosas que le interesan?	_____
36. ¿Sabe qué va a hacer con su vida?	_____
37. ¿Cree usted que le hará bien estar aquí?	_____
38. ¿Piensa que algún día usted será rico y famoso?	_____
44. ¿Le gusta ayudar a otras personas?	_____
46. ¿Desearía sentirse mejor?	_____
50. ¿Va a hacer un gran esfuerzo para obtener una buena educacion?	_____
Suma	_____
Media	_____