

Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas

Music therapy for psychiatric patients with suicidal conducts

Lourdes Salas Pino. Enfermera Interna Residente de Salud Mental. EU Enfermería de la CAM. Promoción 2003-2004.

Correspondencia:

Lourdes Salas Pino
heidymetal@hotmail.com

RESÚMEN

La incidencia de suicidios en pacientes psiquiátricos es mayor que en la población general, configurándose la enfermedad mental como un factor de riesgo. La terapia musical, entendida como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio fisiológico, conductual o emocional, es un recurso al alcance de la enfermera de salud mental para el cuidado de sus pacientes.

Este diseño de estudio pretende evaluar la efectividad de la terapia musical en la mejora de los cuidados de enfermería y en la disminución de la ideación suicida.

Metodología: Estudio cuasi-experimental controlado cualitativo y cuantitativo en pacientes psiquiátricos entre 18 y 55 años, atendidos en un Centro de Salud Mental y en riesgo de suicidio (según la escala de Riesgo suicida de Plutchik). Una vez asignados los sujetos a los grupos experimental y control se medirá el grado de ideación suicida (escala de Beck), posteriormente el grupo experimental se someterá a sesiones semanales de audición de música y terapia ocupacional dirigidas por la enfermera de salud mental durante 9 meses. El grupo control se someterá al seguimiento e intervención habitual en el centro. Una vez finalizada la intervención se procederá a una nueva medición del grado de ideación suicida en ambos grupos y con entrevistas semi-estructuradas y desde un abordaje etnográfico se explorarán los cambios en relación con la autoestima del paciente, su capacidad de comunicación y la expresión de sentimientos, adquisición de métodos de afrontamiento positivos y la relación con la enfermera.

Palabras clave: Terapia musical, enfermera de salud mental, ideación suicida, prevención

ABSTRACT

The incidence of suicide in psychiatric patients is higher than in general population. Therefore, mental health is considered as a risk factor for suicide. The music therapy, defined as the use of music in order to induce a physiologic, conduct or emotional change, has become a resource for mental health nurses.

This protocol is aimed to test the effectiveness of music therapy to improve nursing care outcomes and to reduce suicidal intention.

Methodology: Quasi-experimental, controlled, qualitative and quantitative study in adult psychiatric patients on suicide risk (Plutchik Scale). After classifying eligible patients within both control and experimental groups a suicidal intention measure will be performed (Beck scale). Patients from the experimental group will undergo music therapy sessions on a weekly basis during 9 months. The control group will be followed and managed according to the mental health centre protocol. After finishing the experimental phase, a new measure of the suicidal intention will be performed as well as semi-structured interviews aimed to explore patients' changes in self esteem, communication ability, positive confronting methods and relationship with mental nurse.

Key words: Music therapy, mental health nurse, suicidal intention, prevention

INTRODUCCIÓN

La música se ha utilizado desde la antigüedad de forma curativa y en rituales. Platón y Aristóteles llegaron a describirla como modificadora del humor y las emociones. Fue utilizada en tribus primitivas en ritos curativos. Y en la actualidad, musicoterapeutas especializados la utilizan de manera terapéutica. [1]

Florence Nightingale reconoció el efecto beneficioso de la música y la utilizó como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea. Ella describe cómo las enfermeras usaban la voz y la melodía con flautas para provocar efectos beneficiosos en los soldados con dolor. Según su modelo basado en el entorno, la enfermera debe controlar el mismo, para que éste sea favorable y adecuado para promover la salud y curación del paciente. Ella tenía en cuenta la música como parte de ese entorno. [2,3]

La música puede ser una herramienta para las enfermeras. La "terapia musical" es una de las intervenciones descritas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, donde queda definida como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en el ámbito fisiológico, emocional y conductual. [4]

La musicoterapia ha sido definida como una ciencia de la conducta que utiliza tipos de música específicos y sus habilidades para producir cambios en la conducta, emociones y fisiología. La Asociación Americana de Musicoterapia define la misma como el uso de la música prescrito por una persona cualificada para producir cambios en el funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social de individuos con problemas de salud o educativos. [1]

A simple vista parece no existir mucha diferencia entre la definición de Terapia Musical como intervención enfermera y la Musicoterapia como disciplina. La Musicoterapia comenzó a ser una profesión organizada desde 1940 [1]. Como tal es muy joven y en España, por ejemplo, existen pocos centros que formen a musicoterapeutas profesionales, convirtiéndose su ejercicio en una actividad que hoy en día es practicada por distintos profesionales como terapeutas ocupacionales, psicólogos y enfermeras. En la actualidad, en España se forma a profesionales de la salud, especialmente enfermeras, en hospitales psiquiátricos y otros centros, para que aprendan a usar la música como instrumento de trabajo eficaz en los cuidados de los pacientes.

Mientras que una persona entrenada en música como un musicoterapeuta es el profesional ideal para proporcionar la Musicoterapia, las enfermeras pueden utilizar la música como herramienta de gran alcance, de forma simple, rentable y terapéutica para facilitar la curación de los pacientes, y todo ello dentro del ámbito de las Intervenciones de Enfermería. [1]

En este punto, podemos distinguir la Musicoterapia y la Terapia musical de la siguiente manera: la Musicoterapia es una disciplina practicada por profesionales que poseen conocimientos amplios sobre la música y capacidad para crearla y entenderla, y que se dedican en profundidad a su uso terapéutico. La Terapia musical es una de las intervenciones que la enfermera puede realizar en el amplio ejercicio de su profesión, con un margen de actividades más limitado del que podría llevar a cabo un musicoterapeuta. Pero hoy en día esta diferencia es poco apreciable en la práctica y se usa en general el término de Musicoterapia para designar a cualquier forma de uso terapéutico de la música.

La actual concepción multidimensional de la salud requiere un abordaje multidisciplinar y justifica ampliamente la contribución de la Musicoterapia como una disciplina creciente. Los cuidados enfermeros, entendidos como procesos integrales e individuales, pueden enriquecerse con las aportaciones de esta disciplina. "La Musicoterapia no puede ser considerada como banal y accesorio por parte de las enfermeras, sino como un recurso fundamental, como un lenguaje insustituible para facilitar las experiencias de salud-enfermedad que compartimos con las personas que cuidamos" [5]. La terapia musical es una intervención no invasiva, efectiva y rentable, que asiste a las enfermeras en la creación de un ambiente curativo para promocionar la salud y el bienestar del paciente. [2]

El uso de la música de forma terapéutica ha demostrado tener efectos beneficiosos en pacientes con problemas psiquiátricos. Las respuestas emocionales a la música están bien documentadas en la literatura de investigación y son una experiencia sensorial humana común. Se ha demostrado que los pacientes psiquiátricos perciben la expresividad en la música del mismo modo que las personas que no tienen enfermedad mental. Estos resultados justifican la música como una modalidad terapéutica para individuos con enfermedad mental. [6]

Según Serafina Poch Blasco, una de las más importantes musicoterapeutas en España, la musicoterapia es de gran eficacia en enfermos mentales y entre los ámbitos de aplicación de la misma, cita la psiquiatría, tanto infantil como en adolescentes, adultos y en gerontopsiquiatría. [7]

Lorenzo Amaro Medina, enfermero y miembro fundador de la Federación Internacional de Musicoterapia, representando a España en su investigación sobre Musicoterapia y enfermo mental, habla del uso de la Musicoterapia en los hospitales psiquiátricos y cita los efectos beneficiosos más notables que pudo observar tras 4 años aplicándola con este tipo de pacientes. "La música bien utilizada, sea por un profano o por un musicoterapeuta, está prestando un servicio de abrir canales de comunicación y sublimación de aquellas manifestaciones negativas de nuestro psiquismo, para pasar a ejercer en el individuo predisposiciones de racionalidad y auto-confirmación en su vida de relación, para que éste pueda vivir una vida de mas armonía interior". [8]

Existen numerosas investigaciones, muchos de ellos por enfermeras, en las que se ha utilizado la música como herramienta de cuidados. La música ha sido utilizada como una modalidad de tratamiento para mejorar la autoestima, aumentar la socialización, disminuir los síntomas psicóticos y promover la actividad. Estudios sobre el efecto de la Terapia musical en pacientes con depresión y esquizofrenia han demostrado una mejora de la motivación, del ánimo, una reducción de la ansiedad y aumento de la alerta y conciencia de estados emocionales. [1]

Se ha demostrado la efectividad de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia residual, cuyos resultados fueron evaluados por enfermeras. Estos resultados fueron una disminución de la sintomatología negativa, un aumento de la habilidad de comunicación, una reducción del aislamiento y un aumento del interés de estos pacientes por su entorno. [8]

La Musicoterapia parece ser también efectiva para reducir determinados síntomas relacionados con la ansiedad. Se habla en algunos estudios de resultados positivos obtenidos en pacientes con dificultades para expresar emociones y en pacientes que tienen cierta resistencia a buscar tratamiento. [9]

Un estudio en el que se utilizó la musicoterapia en pacientes psiquiátricos con diversas patologías en una unidad de agudos demostró que esta fue efectiva en la mejora de la expresión de emociones y comunicación de los pacientes. [10]

Según Sainz de la Maza "La Musicoterapia, hoy en día, es una ciencia auxiliar de la medicina, que coadyuva con las demás técnicas terapéuticas para recuperar al paciente para la sociedad o para actuar en la prevención de las enfermedades físicas y mentales, y se ha mostrado sumamente efectiva en la apertura de canales de comunicación con pacientes en procesos esquizofrénicos, psicosis infantiles, autismo, etc. [11]

El suicidio es la complicación mas grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente. [12]

Acto suicida es aquél por el que un sujeto se causa una lesión. Puede devenir en suicidio –si de él se deriva la muerte- o en intento o tentativa de suicidio –si su resultado no ha sido letal. Llamamos ideación suicida a los pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio, y parasuicidio a las conductas aparentemente suicidas que no se derivan de un deseo de morir y que por lo general son peticiones de ayuda o llamadas de atención, con un móvil manipulativo de rentabilidad interpersonal. [13]

Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo una o varias tentativas previas. Estudios de autopsias psiquiátricas muestran que más del 90% de aquellos que murieron de suicidio estaban mentalmente enfermos. [12,14]

Existen estudios sobre las actitudes de los cuidadores hacia los pacientes suicidas. Una gran proporción de supervivientes suicidas se quejaban de los cuidados psiquiátricos, coincidiendo en que la actitud de los cuidadores era hostil y que el comportamiento suicida no era tomado en serio. Se han realizado estudios en enfermeras y médicos de diferentes hospitales en los que se objetivan una actitud más comprensiva y empática por parte de las enfermeras hacia este tipo de pacientes. Sin embargo, también se habla de la necesidad de una mayor formación. También se ha llegado a sugerir que este tipo de pacientes pueden evocar una considerable ansiedad e incomodidad en el personal de enfermería, debido al conflicto que despiertan sobre el derecho del paciente a controlar el destino de su propia vida y los valores del profesional de salvar la vida humana. [14,15]

Los individuos que han sido recientemente dados de alta de un hospital psiquiátrico tienen un gran riesgo de suicidio. La intervención de enfermería más importante con los pacientes suicidas es el establecimiento de una buena relación terapéutica. Se ha demostrado que la pobre o mala relación entre el paciente y el profesional son una característica llamativa de los que completan el suicidio. Las enfermeras que trabajan en centros fuera del hospital están en una buena posición para desarrollar y evaluar intervenciones para proteger a sus pacientes del suicidio. [16]

En definitiva, la música, que es una forma de comportamiento humano, ejerce una influencia única y poderosa. Por medio de ella, los enfermos y deficientes pueden modificar su conducta, sea adquiriendo nuevas pautas o mejorando las que ya tienen. Una de las funciones más importantes de la música en grupo es llevar al individuo a establecer una relación de total integración con el mismo, hacerlo sentirse adaptado. Uno de los aspectos típicos de los que sufren desórdenes de la conducta o son deficientes es precisamente la ausencia de esta interacción y conductas sociales adecuadas. En ellos, la música, dada su naturaleza, ejerce una influencia beneficiosa que les permite elaborar pautas de conducta más normales.

La música hace posible elevar la autoestima, ofrece los medios para expresarse de modo socialmente aceptable, brinda al individuo la oportunidad de elegir su respuesta en los grupos, proporciona oportunidad de asumir responsabilidad para con uno mismo y para con los demás, y hace posible el aprendizaje de habilidades sociales y pautas de conducta realistas aceptables en los grupos de pacientes del hospital y de la comunidad. [17]

Es frecuente que los manuales de enfermería psiquiátrica y salud mental coincidan en incluir dentro de los objetivos de los cuidados de enfermería frente al paciente suicida la necesidad de elevar la autoestima del paciente, facilitar la expresión de sentimientos, mejorar la comunicación, promover conductas aceptables, enseñar pautas de afrontamiento del estrés positivas, evitar el aislamiento, y favorecer las relaciones sociales y las distracciones. Todos ellos relacionados con los resultados que se pueden conseguir con el adecuado uso de la música. [13,18]

El uso de la música de forma terapéutica ha resultado beneficioso en la evolución de diversas patologías psiquiátricas. Sin embargo, tras una extensa revisión bibliográfica no se ha encontrado ningún estudio que se dedique a analizar los efectos de la Terapia Musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas. Este estudio es de especial relevancia ya que, los efectos terapéuticos de la música citados anteriormente se adaptan a las necesidades de cuidados de los pacientes suicidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Covington H. Music therapy for patients with psychiatric disorders. *Holistic Nursing Practice* 2001; 15 (2):59
2. McCaffrey R, Rozzano C. Music listening as a nursing intervention: A symphony of practice. *Holistic Nursing Practice* 2002;16(3):70
3. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Barcelona: Salvat;1990.

4. McCloskey JC, Bulechek, GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. Madrid: Harcourt; 2001.
5. Almansa P. La terapia musical como intervención enfermera. Enfermería Global [en línea] Mayo 2003 [citado 28 Oct 2003];2 (1). URL disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>.
6. Shannon K, I'Etoile, MT. The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. The Arts in Psychotherapy 2002.
7. Poch S. Compendio de musicoterapia. Barcelona: Herder; 1999.
8. Amaro L. Las propiedades terapéuticas y educativas de la música. Barcelona: Europa 16;1993
9. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. British Journal Of Psychiatry 1994; 24:38-44
10. D'Ulisse ME, Ferrara C et al. An innovative experience within a diagnosis and cure psychiatric service in Rome. Proceedings of the 4th European Music Therapy Congress; 16-19 Abril 1998; Leuven, Belgium. [Citado 17 Nov 2003] URL disponible en: <http://www.musictherapyworld.net/>
11. Aro Sainz de la Maza. Cómo cura la musicoterapia. Barcelona: RBA; 2003
12. Soler P, Gascón J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Masson: Barcelona;1999.
13. Mejías F, Serrano MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000.
14. Samuelsson M, Asberg M. Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. International Journal of Nursing Studies 2002; 39
15. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica 1997;95:222-230
16. Patricia E, Freed E, Rudolph S. Protecting Partial-Hospitalization Patients From Suicide. Perspectives in Psychiatric Care; 1998.
17. Thayer E. Tratado de musicoterapia. Buenos Aires: Paidós; 1971.
18. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: MOSBY; 1999
19. Plutchik R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry 1989; 30(4): 296-302
20. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol 1998; 61(2): 143-52.
21. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol 1979; 47: 343-352.

OBJETIVOS

1. Evaluar la efectividad de la terapia musical en los cuidados del paciente psiquiátrico con conductas suicidas. Dicha evaluación se realizará en términos de:
 - Autoestima del paciente.
 - Incremento de la comunicación y la expresión de sentimientos de forma constructiva.
 - Adquisición de métodos de afrontamiento positivos.
 - Relación de confianza entre el paciente y la enfermera.
2. Analizar la relación entre el uso de la terapia musical y la disminución de la ideación suicida en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas.

HIPOTESIS:

1. La terapia musical es efectiva en los cuidados de enfermería en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas.
2. La terapia musical disminuye la ideación suicida en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Cuasi-experimental de intervención con grupo control, longitudinal, prospectivo, cualitativo (objetivo 1) y cuantitativo (objetivo 2).

Población de estudio: Pacientes psiquiátricos que acudan al Centro de Salud Mental "Miraflores", en Alcobendas (Madrid). Según los datos de la memoria del centro del año 2002, el total de casos en contacto con el dispositivo fue de 4.131. De acuerdo con un estudio preliminar realizado en el centro sobre 100 pacientes, excluyendo a aquellos que acudieran a grupos de psicoterapia para el tratamiento de una patología en particular, la prevalencia de pacientes con riesgo de suicidio se estimó en el 70%. Se pretende reclutar 50 pacientes para el grupo experimental y 100 para el grupo control.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad mental psiquiátrica que hayan aceptado recibir la intervención.
- Pacientes de ambos sexos, de edad comprendida entre los 18 y los 55 años.
- Pacientes clasificados por una enfermera especialista de salud mental como "en riesgo de suicidio" (puntuación ≥ 6 en la escala de Riesgo suicida de Plutchik, Anexo I). [19, 20]

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentren en estado de crisis aguda y requieran hospitalización.
- Pacientes con baja adherencia a su tratamiento farmacológico.
- Pacientes con conductas desorganizadas que alteren el funcionamiento normal del grupo.
- Pacientes con problemas de audición.
- Pacientes que estén incluidos en otro grupo de Musicoterapia.
- Pacientes analfabetos.

Variables:

- **Independiente:** Terapia musical, entendida como la asistencia a las sesiones de audición, independientemente de que realicen alguna de las otras actividades adjuntas (arcilla, escritura y dibujo).
- **Definitorias de la población** (Anexo II):
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnóstico psiquiátrico según el CIE-10.
 - Hª de intentos de suicidios (nº, tiempo pasado desde el último intento)
 - Preferencias musicales (estilo, grupos, solistas, canciones)
 - Riesgo de suicidio (escala de Plutchik).
- **Dependientes:**
 - Intencionalidad suicida (escala de Beck, Anexo III) [21]
 - Autoestima del paciente.
 - Empatía/relación de confianza entre paciente y enfermera.
 - Comunicación del paciente.
 - Expresividad de sentimientos de paciente.
 - Adquisición de métodos de afrontamiento positivos, entendida como la capacidad del paciente para usar la música con el fin de relajarse, distraerse y como instrumento para afrontar el estrés).
- **Variables de confusión**
 - Tratamientos psiquiátricos o psicológicos previos (farmacológicos, psicoterapéuticos, musicoterapia).

Trabajo de campo: Durante 3 meses se realizará una selección de pacientes, referidos por los diferentes profesionales del centro. Se procederá a una entrevista inicial del paciente en la que se explicará el motivo de la derivación, se comprobará que reúne los criterios de inclusión (y no los de exclusión), firmará el consentimiento informado y se recogerá la información correspondiente al anexo II. Posteriormente se procederá a la asignación de los sujetos de estudio a los grupos experimental y control. Con objeto de asegurar la homogeneidad de ambos grupos, se realizará una asignación controlada de acuerdo a las variables edad, sexo y diagnóstico psiquiátrico. Se llevará a cabo una entrevista pre-intervención con los sujetos de estudio en la que la enfermera deberá completar la escala de ideación suicida de Beck.

Fase experimental: Las sesiones serán dirigidas por la enfermera de salud mental, la cual también hará de observadora participante. Se harán en grupos de 8-10 pacientes, con una duración aproximada de una hora y media, una vez a la semana, durante 9 meses. Durante las sesiones los pacientes escucharán música relajante seleccionada por la enfermera durante unos 10 min. Posteriormente, se escuchará música que haya sido seleccionada de forma consensuada con los pacientes. Durante las audiciones, los pacientes podrán hacer actividades como dibujar, colorear, esculpir, cantar o bailar. Los pacientes escribirán en un diario los sentimientos evocados por la música. Para finalizar, durante unos 15 min aproximadamente, se procederá a una puesta en común sobre las sensaciones vividas, con objeto de procesar la experiencia musical dentro del grupo. La enfermera especialista en salud mental observará y guiará en todo momento la intervención, administrando la música adecuadamente, (volumen, cambios, selección, atención a respuestas de los pacientes en todo momento, etc.), y proporcionando a los pacientes los materiales necesarios para poder realizar las actividades de escritura, dibujo, colores y arcilla. Los cuadernos y los trabajos de arcilla quedarán en posesión de la enfermera especialista para su posterior evaluación. El grupo control se someterá al seguimiento y/o tratamiento habitual en el centro (sin recibir la intervención músico-terapéutica). Con este grupo se contactará por teléfono para citarles de cara a la valoración final.

Tras finalizar la intervención, se citará a todos los sujetos de estudio con objeto de evaluar a los mismos con la escala de ideación suicida de Beck, y con una entrevista semi-estructurada en relación con el resto de las variables dependientes. Esta 2ª entrevista será grabada para su posterior evaluación junto con el resto de material escrito: cuadernos de los pacientes, cuaderno (memoria-observación), de la enfermera que realizó las sesiones.

Análisis de datos:

- Cuantitativo: Comparación de los datos obtenidos en la escala de ideación suicida de Beck, antes y después de la intervención.
- Cualitativo: Análisis de la información recogida en la memoria-observación, en los cuadernos de los pacientes y en la entrevista semi-estructurada realizada al final de la intervención. Este análisis se basará en el método etnográfico.

Serán excluidos del análisis los pacientes del grupo experimental que falten a mas del 50% del total de sesiones.

PLAN DE TRABAJO

La intervención tendrá una duración total aproximada de 2 años:

- | | |
|---|---------|
| - Contacto con el centro y sus profesionales | 1 mes |
| - Captación de pacientes, entrevista inicial y asignación | 4 meses |
| - Entrevista pre-intervención y fase experimental | 9 meses |
| - Entrevista post-intervención | 1 mes |
| - Análisis de datos | 2 meses |
| - Comunicación de resultados | 4 meses |

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Falta de adherencia de los pacientes a las sesiones de terapia musical.
- Permeabilidad del efecto de la intervención desde el grupo experimental al grupo control
- Pérdida de seguimiento de pacientes por abandono durante el desarrollo del estudio.
- Influencia de otros factores o variables de confusión como los diferentes tratamientos farmacológicos, psiquiátricos o psicoterapéuticos, en los resultados del estudio.
- Falta de derivación de pacientes que cumplan los criterios de inclusión.
- Se tendrán en cuenta la posible aparición de sesgos en la recogida de datos de la memoria-observación, tanto de los achacables al investigador, como de los introducidos por los participantes, intentando reducirlos mediante las observaciones repetidas durante las diferentes sesiones e intentando realizar un informe de devolución (verificación por parte de los pacientes de los resultados e interpretaciones recogidas). Además de utilizar otras técnicas con el fin de controlar los posibles sesgos relacionados con los métodos cualitativos utilizados en el estudio.

UTILIDAD PRACTICA

Si se corroboran las hipótesis de nuestro estudio, una estandarización de la terapia musical podría utilizarse como intervención de enfermería eficaz para el cuidado de los pacientes psiquiátricos con conductas suicidas, disminuyendo la ideación suicida en estos pacientes.

RECURSOS

Disponibles:

- Espacios físicos: sala para grupos, despachos para consultas.
- Discos compactos de música.

Solicitados:

- Cuadernos para pacientes
- Cuaderno para enfermera
- Material de papelería y otros
- Equipo de música portátil con reproductor CD

Personal:

- 2 enfermera/os especialistas en salud mental.
- Colaboración de los profesionales del centro

ANEXO I

Escala de riesgo suicida de Plutchick

	SI	NO
1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?	☐	☐
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	☐	☐
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	☐	☐
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	☐	☐
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	☐	☐
6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	☐	☐
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	☐	☐
8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	☐	☐
9.- ¿Está deprimido/a ahora?	☐	☐
10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?	☐	☐
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	☐	☐
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	☐	☐
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	☐	☐
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	☐	☐
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	☐	☐

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Se trata de un cuestionario auto-administrado de 15 preguntas (26 ítems en su versión original), con respuesta SI-NO, fácil y rápido de administrar (1-2 min). Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos, con una sensibilidad y especificidad del 68%. En la validación española, el punto de corte propuesto son 6 puntos con una sensibilidad y especificidad del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que no los tenían.

ANEXO II

Terapia musical en pacientes psiquiátricos con conductas suicidas: Cuaderno de recogida de datos

GRUPO:

Nombre y Apellidos:

Nº de Historia: _____ Sexo: M ____ H ____

Edad:

Diagnóstico psiquiátrico (código CIE-10):

Tratamiento actual farmacológico:

Cumplimiento del tratamiento: SI ____ NO ____

Otros tratamientos (psicoterapias):

Ha realizado musicoterapia anteriormente: SI ____ NO ____

Datos sobre conducta suicida:

Puntuación escala de riesgo de suicidio de Plutchik: <6 ____ ≥6 ____

Nº de intentos de suicidio:

Tiempo que ha pasado desde el último intento: ≤6meses ____ >6meses ____

Preferencias en gustos musicales:

Estilos de música preferidos:

Grupos de música preferidos:

Canciones musicales preferidas:

¿Es una persona abierta a otros estilos de música? SI ____ NO ____

ANEXO III

Escala de ideación suicida de Beck

I. Circunstancias objetivas

1.- Aislamiento:

- ☐ Alguien presente
- ☐ Alguien próximo o en contacto visual o verbal (ej. teléfono)
- ☐ Nadie cerca o en contacto

2.- Medición del tiempo:

- ☐ La intervención es muy probable
- ☐ La intervención es poco probable
- ☐ La intervención es altamente improbable

3.- Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas:

- ☐ Ninguna
- ☐ Toma precauciones pasivas (ej. evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar)
- ☐ Toma precauciones activas (ej. cerrando la puerta)

4.- Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento:

- ☐ Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
- ☐ Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado
- ☐ No contactó, ni avisó a nadie

5.- Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro...)

- ☐ Ninguno
- ☐ Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
- ☐ Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6.- Preparación activa del intento:

- ☐ Ninguna
- ☐ Mínima o moderada
- ☐ Importante

7.- Nota suicida:

- ☐ Ninguna
- ☐ Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla
- ☐ Presencia de nota

8.- Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

- ☐ No comunicación verbal
- ☐ Comunicación ambigua (ej. "Estoy cansado de la vida", "Pienso estáis mejor sin mí", "Nada tiene obteto")
- ☐ Comunicación no ambigua (ej. "Quiero morir", "Siento como si quisiera matarme", "Tomar pastillas")

II. Autoinforme:

9.- Propósito supuesto del intento:

- ☐ Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- ☐ Componentes del punto anterior y del siguiente
- ☐ Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10.- Expectativas sobre la probabilidad de muerte:

- ☐ Pensó que era improbable
- ☐ Posible, pero no probable
- ☐ Probable o cierta

11.- Concepción de la letalidad del método:

- ☐ Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- ☐ No estaba seguro si lo que hacía era letal
- ☐ Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12.- Seriedad del intento:

- ☐ No intentó seriamente poner fin a su vida
- ☐ Inseguro
- ☐ Intentó seriamente poner fin a su vida

13.- Actitud ante el vivir / morir:

- ☐ No quería morir
- ☐ Componentes del punto anterior y del siguiente
- ☐ Quería morir

14.- Concepción de la capacidad de salvamento médico:

- ☐ Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- ☐ Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- ☐ Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15.- Grado de premeditación:

- ☐ Ninguno, impulsivo
- ☐ Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- ☐ Suicidio contemplado por > 3 horas antes del intento

III Otros Aspectos:

16.- Reacción frente al intento:

- ☐ Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- ☐ Acepta tanto el intento como su fracaso
- ☐ Rechaza el fracaso del intento

17.- Preconcepciones de la muerte:

- ☐ Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- ☐ Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- ☐ No concepciones de / o pensamientos sobre la muerte

18.- Número de intentos de suicidio previos:

- ☐ Ninguno
- ☐ 1 ó 2
- ☐ 3 ó más

19.- Relación entre ingesta de alcohol e intento:

- ☐ alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- ☐ Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- ☐ Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20.- Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos,...) cuando la droga NO es el método utilizado para el intento:

- ☐ alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- ☐ Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- ☐ Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.