

Vivencia de la musicoterapia en pacientes con trastorno de personalidad

Experience of music therapy in patients with personality disorder

Autores: Ainhoa Quijera Rebollo.

Tutor del trabajo: Fernando Pérez Adán (1); María de la Fuente Sainz de Baranda y Ana Belén Salamanca Castro (2).

Dirección de contacto: ainhoqui@gmail.com

Fecha recepción: 04/07/2015

Aceptado para su publicación: 18/09/2015

Resumen

La musicoterapia emplea la música y los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) como método terapéutico y ha mostrado grandes beneficios en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, sin embargo, es un área poco estudiada en personas diagnosticadas de trastorno de personalidad. La mayoría de estudios encontrados en este área son epidemiológicos, habiendo pocos estudios que permitan conocer la subjetividad de estos pacientes. El objetivo principal del estudio es explorar la percepción de los pacientes con trastorno de personalidad que asisten a las sesiones de musicoterapia, para lo cual se plantea un estudio cualitativo fenomenológico. El estudio se realizará en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora, empleando como estrategia de recogida de datos grupos de discusión. Las conversaciones serán grabadas y transcritas para el posterior análisis del contenido.

Palabras clave

Salud Mental; Musicoterapia; Enfermería Psiquiátrica; Trastornos de la Personalidad; Investigación Cualitativa.

Abstract

Music therapy uses music and musical elements (sound, rhythm, melody and harmony) as a therapeutic method and has shown great benefits in the treatment of various psychiatric disorders, however, is an area little studied in people diagnosed with personality disorder. Most studies found in this area are epidemiological, having few studies that reveal the subjectivity of these patients. The main objective of the study is to explore the perception of personality disorder patients attending music therapy sessions, for which a phenomenological qualitative study arises. The study will be conducted in the Personality Disorder Unit of the Psychiatric Hospital Dr. Rodríguez Lafora, using as a data collection strategy discussion groups. The talks will be recorded and transcribed for further analysis of the content.

Key words

Mental Health; Music Therapy; Psychiatric Nursing; Personality Disorders; Qualitative Research.

Categoría profesional y lugar de trabajo

Enfermera especialista en salud mental.

(1), Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora; (2) Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN).

ANTECEDENTES

Bases históricas

Puesto que la música es inherente al ser humano, no sorprende, como indica Poch, que su ámbito de aplicación sea inmenso (1).

En las culturas primitivas, la música tenía origen divino y era utilizada como instrumento de defensa frente a diversos males, así como para acercar los bienes terrenales y espirituales (2).

En culturas anteriores al cristianismo, como en la antigua Roma, se interpretaba la enfermedad como un efecto del pecado, por lo que la música se utilizaba en las ceremonias religiosas para calmar la ira de los dioses (2). En la antigua Grecia predominaba la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) para explicar de un modo racional la salud (como equilibrio entre los humores) y la enfermedad (como desequilibrio). La música se adaptó a esta teoría para explicar su acción terapéutica por su capacidad de equilibrar los humores (2).

Es a partir del Renacimiento cuando se comienza a poder diseccionar cadáveres (3), y con ello, se asiste a un desarrollo de la Anatomía y la Fisiología humanas. Es en este período, según Munro y Mount, donde se estudia por primera vez la repercusión de la música sobre aspectos fisiológicos como la respiración y la presión sanguínea (2).

En el Barroco aparece la "doctrina de los afectos". Esta concepción de la música como material emotivo potenciador de sentimientos va a estimular decisivamente la mentalización social sobre las posibilidades de la música, sobre todo en el ámbito de las enfermedades relacionadas con el estado del ánimo (2).

En el primer tercio del siglo XX se realizaron ya algunas experiencias aisladas de utilización terapéutica de la música en instituciones sanitarias. Durante la Segunda Guerra mundial se trató de influir con la música en el estado de ánimo de los soldados norteamericanos (4) y se usó para tratar el insomnio en los veteranos (5). Comunidades de músicos fueron a los hospitales de veteranos a lo largo de todo el país a tocar para aquellos que sufrían traumas físicos y emocionales a causa del conflicto bélico. Las notables respuestas físicas y emocionales en los pacientes llevaron a los médicos y enfermeras a solicitar la contratación de músicos para los hospi-

tales (6). Es a partir de entonces cuando se puede hablar del inicio de la musicoterapia como instrumento para lograr el restablecimiento físico y psíquico de las personas, y esto contribuyó de manera importante a su desarrollo mediante la creación de estudios universitarios de musicoterapia, formación de asociaciones de musicoterapia, fomento de la investigación y organización de congresos (4).

Vínculo música – emociones

Se afirma que la música conmueve, excita la imaginación, es el placer más persuasivo, es emoción física, es un lenguaje, produce cambios en la conducta y cambios emocionales (7). La música nos conduce a una rearmonización del estado de ánimo y de los sentimientos. La estrecha relación entre un determinado estado de ánimo y su expresión exterior, es lo que nos permite actuar sobre las emociones con la música. También sucede que se va formando un mecanismo de feedback, en el que no sólo el estado de ánimo produce una expresión emocional, sino que a su vez esta expresión tiende a despertar o mantener el estado de ánimo (8).

Musicoterapia

Definición

Bruscia define la musicoterapia como: "un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando las experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio" (9).

Según Gigante, desde el punto de vista metodológico aparecen tres elementos: el paciente como protagonista; la música como el medio para desarrollar el proceso; y el terapeuta como facilitador del mismo (4).

Schwarz y Schweppe diferencian tres métodos fundamentales: musicoterapia funcional, musicoterapia receptiva, y musicoterapia activa. La musicoterapia funcional es utilizada para aumentar el bienestar físico y psíquico de la persona, pudiendo emplearse para disminuir la frecuencia cardiaca, el nivel de estrés o el nivel de dolor. Las bases de la musicoterapia receptiva son la escucha y la audición, es decir, aprovechan el poder emotivo y curativo del sonido. En la musicoterapia activa, el paciente participa en el acto de crear e improvisar música

valiéndose de instrumentos o la propia voz (10).

Modelos teóricos

En el IX Congreso Mundial de Musicoterapia que se realizó en Washington (1999) hubo un reconocimiento internacional de cinco modelos de musicoterapia (11).

- Modelo conductista (finales de la década del 60 y comienzos de la década del 70) (12). Su principal autor es Clifford K. Madsen. Se desarrolló en EE.UU. y todavía es el modelo de musicoterapia más importante allí. Utiliza métodos de terapia conductual, utilizando la música como refuerzo contingente o señal de estímulo, para incrementar o modificar las conductas adaptativas, y extinguir conductas desadaptativas (11). Los campos de aplicación de la musicoterapia bajo este modelo son múltiples: en medicina, una de las primeras técnicas utilizadas ha sido la audición musical como analgésico; en educación especial se ha utilizado con personas con retraso mental para mejorar habilidades sociales y eliminar conductas autoestimuladoras; en geriatría para intervenir en problemas de conducta como agitación, dificultades en el sueño, agresividad (13).
- Modelos analíticos: musicoterapia y psicoanálisis (década del 60) (12). Desarrollada por Mary Priestley. Es la forma de musicoterapia activa más ampliamente usada en Dinamarca. Este modelo implica activamente a los pacientes con improvisaciones musicales, y esas improvisaciones se utilizan para entender o interpretar el subconsciente. Se enfoca en el crecimiento del paciente y el desarrollo funcional más que en la calidad de la expresión musical. Se puede utilizar para comunicarse a un nivel muy básico con pacientes con discapacidad múltiple que no son capaces de verbalizar. Los musicoterapeutas todavía lo consideran como primer método para trabajar con pacientes psiquiátricos (11). Según Di Franco, no podemos abordar un plano "psicótico" gravemente perturbado en su totalidad, pero podemos apoyarnos en un fragmento suyo e intentar tomar lo que induce la expresión del paciente que tenemos delante, coger ese fragmento y buscar la unión con él a través de la sonoridad y particularmente a través de un objeto-instrumento que mide sobre él mismo tal posibilidad. Es lo que en otros términos han utilizado como concepto básico de la metodología en musicoterapia, el objeto intermediario, que es aquel que permite tomar la realidad del otro con una modalidad de "puente" para poder articular un diálogo sonoro, por lo que permite establecer fácilmente un contacto frente a problemas de comunicación pero también permite defenderse de la posibilidad más directa de entrar en contacto con el otro (14).
- Modelo Benenzon (década del 60) (12). Desarrollada por Rolando Benenzon. Este modelo de musicoterapia tiene sus raíces en el pensamiento psicoanalítico. El principal enfoque en este acercamiento, que se centra en la música y en la interacción del sonido en un marco no verbal, es mejorar la comunicación interpersonal, y así mejorar la calidad de vida y el bienestar. Este modelo está muy difundido en Latinoamérica (11). Según Benenzon, un paciente neurótico ha perdido parte de la capacidad de esperar, de escuchar y atropella sus expresiones unas tras otras. El paciente con trastornos autistas tiene un tiempo particular entre que percibe un estímulo y tiene una respuesta, que puede variar desde lo inmediato hasta horas. Es virtud del musicoterapeuta saber reconocer los tiempos biológicos de los pacientes y saber esperar (15).
- Imágenes Guiadas con Música (GIM) (década del 70) (12). Desarrollado por Helen Bonny. GIM es un proceso mediante el cual se evocan imágenes durante la audición de música (11). Su primera aplicación fue con drogodependientes, pero actualmente terapeutas entrenados en el método están ampliando los límites de esta aplicación y se pueden encontrar casos de pacientes con problemas físicos o motores, con sida, cáncer y con enfermedades psicosomáticas. Aunque su principal indicación es con personas "mentalmente sanas" que quieran pasar por un proceso de auto-transformación (16).
- Modelo humanista-transpersonal (año 1976-77) (12). Desarrollada por Paul Nordoff y Clive Robbins. Requiere que el terapeuta, con una alta cualificación musical, cree un marco de trabajo de improvisaciones musicales y, si llegan expresiones musicales subsecuentes del paciente, se incorporen en ese marco y sean expandidas creativamente. A partir de ahí la música en sí misma se convierte en el medio de la alianza terapéutica, la comunicación y la autoexpresión (11). Nordoff y Robbins exploraron las posibilidades expresivas y comunicativas en la música

ca y demostraron la capacidad de la interacción musical "viva" de muchos niños con distintas discapacidades para sortear barreras de comunicación y relación. Desarrollaron sus actividades y crearon sus canciones pensando principalmente en el colectivo infantil. Sin embargo, su filosofía de trabajo puede aplicarse a todo tipo de colectivos e individuos, dada la gran flexibilidad que ofrece este método y, sobre todo, por tratarse de un enfoque ampliamente individualizado (17).

Ámbito de aplicación de la musicoterapia

La musicoterapia emplea la música y los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) como método terapéutico en determinados trastornos y disfunciones para favorecer el bienestar físico, mental y emocional. De acuerdo con la American Music Therapy Association (AMTA) casi el 19% de sus miembros trabajan en el área de la salud mental. Estas cifras son similares a las de la Association of Professional Music Therapists (APMT) de Reino Unido, donde aproximadamente el 17% de los miembros encuestados se dedican a la salud mental (18).

Las diversas técnicas han de ser realizadas por un musicoterapeuta cualificado. Se trata de un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas (19).

En aplicaciones terapéuticas, es de esencial importancia que surja la musicalidad y el potencial musical del individuo: esto sólo ocurre a través de la relación entre el musicoterapeuta y el paciente por el poder de la música. La música puede ser fuente de profundo placer, puede estimular las relaciones, la atención y las funciones cognitivas (20).

Respecto al dominio del cuerpo, se ha probado la influencia positiva de la música en la organización de las relaciones espaciales. La expresión libre de una obra de música o la danza más sistematizada, permiten dominar y canalizar las emociones, ya que requiere controlar los gestos corporales y faciales. Así, los individuos con una personalidad frágil serían capaces de despertar sus energías latentes, y los impulsivos podrían canalizar las fuerzas desencadenadas. Al bailar, dejamos salir las más profundas emociones y las exteriorizamos en nuestro propio

cuerpo con alegría, tristeza, agresividad o miedo (8).

Poch establece diferentes aplicaciones de la musicoterapia: la curativa y la preventiva. La musicoterapia curativa se ha considerado el aspecto prioritario, aplicándose fundamentalmente en los siguientes ámbitos (1):

- La musicoterapia se ha utilizado con mujeres gestantes y con niños prematuros y recién nacidos. Asimismo se ha utilizado en diversos trastornos dentro de la psiquiatría infantil, de adolescentes y adultos, como por ejemplo en pacientes anoréxicos y bulímicos, o en drogodependencias.
- También ha sido utilizada en geriatría y gerontopsiquiatría.
- Asimismo, se ha empleado en cirugía y odontología; en unidades paliativas del dolor; en oncología; con enfermos terminales; en minusvalías de origen neurológico como la parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia, mínima lesión cerebral, problemas del lenguaje; en minusvalías sensoriales tales como invidentes con problemas emocionales, personas con déficit auditivos parciales, etc.; en minusvalías físicas como espina bífida, distrofia muscular, amputados, etc.

Principio de "Iso": Altshuler

Iso significa igual en griego. Altshuler comprobó que utilizar música idéntica al estado de ánimo del paciente y a su tempo mental (hiper o hipoactividad) era útil para facilitar la respuesta mental y emocional del paciente. Asimismo observó que los pacientes depresivos contactaban mejor con música triste y en un tempo "andante" (un poco lento). Por el contrario, los pacientes maníacos conectaban mejor con una música alegre y en un tempo rápido. Esto constituye la base de la estrategia que debe seguir el musicoterapeuta para contactar con el enfermo (1).

La intervención enfermera: musicoterapia

Según Florence Nightingale, enfermería debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente (21). Florence Nightingale hace

referencia no sólo a la música sino que va más allá, subrayando la importancia del ruido producido por los vestidos almidonados de las enfermeras, y de los cuchicheos del personal que cuida a los pacientes, mencionando los efectos negativos que pueden provocar sobre estos. En este sentido Nightingale afirma: "Hay que recordar, que el ruido que no se ve, lleva implícito el sobresalto." Esta cita revela la capacidad de Nightingale para tener en cuenta la música y los ruidos en relación con el cuidado, hecho que, según Gigante, es de gran importancia desde el punto de vista enfermero (4). Además, Nightingale, fue la primera enfermera que describió el efecto beneficioso de la música y la empleó como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea. Describió cómo las enfermeras usaban la voz y la melodía de las flautas para provocar efectos saludables en los soldados con dolor (5).

En el medio hospitalario es necesario que el profesional conozca bien el potencial del material sonoro-musical para utilizarlo en cada situación clínica. Leño aplica la Teoría del Ser Humano Unitario, desarrollada por Rogers, según la cual somos sistemas abiertos en constante intercambio de energía con el medio ambiente. Así, cada material sonoro-musical seleccionado tiene sus peculiaridades, su onda de frecuencia, que va a determinar sus efectos en todas las dimensiones humanas debido al patrón de vibración que lo caracteriza. Ese patrón se suma al patrón de vibración del terapeuta (su intención de cuidar). La música es un recurso adicional de elevado potencial terapéutico, ya que es una intervención que apoya la propuesta de un cuidado bio-psico-socio-espiritual y favorece la integración de las dimensiones humanas (22).

Existe la intervención enfermera musicoterapia (4400) que se define como: "*utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico*". Para esta intervención se proponen 14 actividades (23):

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor) (440001).
 - Determinar el interés del individuo por la música (440002).
 - Identificar las preferencias musicales del individuo (440003).
 - Informar al individuo del propósito de la experiencia musical (440004).
 - Elegir las selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo (440005).
 - Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda (440006).
 - Limitar los estímulos extraños (p.ej., luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha (440007).
 - Facilitar la disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo (440008).
 - Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento (440009).
 - Proporcionar auriculares, si es conveniente (440010).
 - Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto (440011).
 - Evitar dejar la música puesta durante largos periodos (440012).
 - Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación (440013).
 - Evitar la música estimulante después de un traumatismo craneoencefálico agudo (440014).
- Tal como indica Gigante (2006), esta NIC se ha utilizado para colaborar en la resolución de gran cantidad de diagnósticos enfermeros (24), de los cuales se encuentran vigentes los siguientes (25):
- Aflicción crónica (00137).
 - Ansiedad (00146).
 - Ansiedad ante la muerte (00147).
 - Conflicto de decisiones (00083).
 - Confusión crónica (00129).
 - Déficit de actividades recreativas (00097).
 - Deprivación del sueño (00096).
 - Desesperanza (00124).
 - Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068).
 - Disposición para mejorar la comunicación (00157).
 - Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante (00117).
 - Dolor agudo (00132).
 - Intolerancia a la actividad (00092).
 - Riesgo de baja autoestima crónica (00224).

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127).

Síndrome de estrés del traslado (00114).

Sufrimiento espiritual (00066).

Trastorno del patrón del sueño (00198).

Musicoterapia en psiquiatría

Se ha confirmado la eficacia de la musicoterapia en áreas como la recuperación física, la mejora cognitiva, habilidades de comunicación y rehabilitación social y emocional (11).

La evidencia sugiere que las sesiones de musicoterapia pueden ayudar a las personas con enfermedades mentales, incluyendo las enfermedades mentales graves y crónicas como la esquizofrenia, para desarrollar relaciones y abordar las cuestiones que se pueden afrontar no sólo con palabras. Un metaanálisis reveló que el efecto de la musicoterapia en psicosis y depresión, tiene efectos significativos en el estado global, síntomas generales, síntomas negativos, depresión, ansiedad, funcionamiento, y participación musical. Con la terapia musical también se han reducido síntomas positivos, como alucinaciones auditivas, al cabo de una semana (11). La musicoterapia parece dirigirse especialmente a los aspectos motivacionales, emocionales y relacionales, y ayuda a los pacientes a conectar con los recursos intrapersonales y sociales. Sin embargo, los efectos dependen en gran medida del número de sesiones y de la calidad de las mismas (musicoterapeutas entrenados y métodos adecuados de musicoterapia). Los resultados de las revisiones sobre esquizofrenia sugieren que pueden ser necesarias al menos 20 sesiones para alcanzar resultados clínicamente significativos (26).

Pueden verse leves mejorías con algunas sesiones de musicoterapia, sin embargo, se necesitan sesiones más frecuentes para lograr beneficios sustanciales. La intervención diaria no parece ser más beneficiosa que la intervención semanal y se recomendó que las sesiones se dieran en un periodo de tiempo de más de tres semanas para permitir que se produzca un efecto acumulativo (11).

En pacientes psiquiátricos agudos es necesario modificar los modelos existentes de musicoterapia para enfocarlos a objetivos de inmediato y corto plazo. Las características de la musicoterapia que pueden jugar un rol importante incluyen la frecuencia y la estructura activa de la terapia, realizados con discusión verbal, consistencia de los límites y énfasis

en construir una relación terapéutica y recursos en el paciente (27). Según Silverman y Rosenow, las intervenciones de musicoterapia recreativa parecen tener un impacto inmediato positivo en el estado de ánimo de los pacientes psiquiátricos agudos (28).

La musicoterapia también puede ser beneficiosa para los pacientes con alteraciones del sueño ya que los efectos son comparables a los hipnóticos en la mejora de la calidad del sueño (11). Para desórdenes crónicos la música muestra un efecto acumulativo y se necesitan más de tres semanas de duración para asegurar su eficacia. La música actúa sobre el sistema nervioso central y tiene efecto en la modulación de los opioides endógenos y la oxitocina que puede contribuir a la eficacia de la musicoterapia en trastornos crónicos del sueño (29).

Como Solanski et al. afirman, estudios recientes han explorado el papel de la musicoterapia en trastornos de dependencia y abuso de sustancias, y han encontrado que es una terapia útil que facilita un mejor control emocional sin medicamentos, reduciendo la depresión, la ansiedad, el estrés y la ira en estos pacientes (11). El uso de música en programas de rehabilitación de drogodependientes parece ser menos intrusivo que una terapia tradicional y más placentero que una psicoterapia individual o grupal, la medicación y el cambio de ambiente. Además, puede ayudar a los pacientes a concentrarse en otros tratamientos enfocados en desarrollo de habilidades, prevención de recaídas y recuperación de roles. La musicoterapia puede ser una poderosa opción de tratamiento para reforzar la motivación en estos pacientes, para continuar con su programa de rehabilitación - lo cual es uno de los mayores desafíos en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias (30).

La música ofrece un simple y elegante camino para tratar la anhedonia, la pérdida de placer en las actividades diarias. Los estímulos musicales podrían ser utilizados para tratar la depresión, en conjunto con otras formas de terapia. La música altera un número de patrones de comportamiento y discapacidad asociados con la depresión y, el tratamiento auto administrado de musicoterapia, puede facilitar la disminución de síntomas depresivos (31).

Se ha observado que la musicoterapia también tiene ventajas en pacientes con enfermedad de Alzheimer, ya que mejora los síntomas depresivos y favorece la conducta social (11). La intervención grupal utilizando instrumentos de percusión con música familiar puede ser una aproximación efectiva

y costo-efectiva para reducir la ansiedad y la agitación de aquellos pacientes con demencia y mejorar su bienestar psicológico (32).

Asimismo, se ha informado ampliamente de que la música puede ser beneficiosa para las personas con autismo en el aumento de la interacción social y la reducción de conductas evitativas (11). Proporciona grandes beneficios si se aplica regularmente en un periodo de al menos 6 semanas con 2 sesiones de al menos una hora por semana. Las funciones afectadas que experimentaron respuesta positiva fueron la regulación del comportamiento, la imitación y los desórdenes relacionados con el instinto, desórdenes emocionales y desórdenes de la interacción (33).

La musicoterapia siempre se ha percibido como una intervención costo-efectiva; de hecho, un reciente análisis de costes y beneficios indican que la musicoterapia es rentable ya que puede reducir la necesidad de medicamentos y sus consiguientes efectos secundarios (11).

Trastorno de personalidad (TP)

Definición

En el DSM-5, se define trastorno general de la personalidad (34):

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

Grupos de trastornos de personalidad (34):

- Grupo A:

- Trastorno de la personalidad paranoide (301.0)

- Trastorno de la personalidad esquizoide (301.20)

- Trastorno de la personalidad esquizotípica (301.22)

- Grupo B:

- Trastorno de la personalidad antisocial (301.7)

- Trastorno de la personalidad límite (301.83)

- Trastorno de la personalidad histriónica (301.50)

- Trastorno de la personalidad narcisista (301.81)

- Grupo C:

- Trastorno de la personalidad evasiva (301.82)

- Trastorno de la personalidad dependiente (301.6)

- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (301.4)

- Otros trastornos de la personalidad:

- Cambio de la personalidad debido a otra afección médica (310.1)

- Otro trastorno de la personalidad especificado (301.89)

-Trastorno de la personalidad no especificado (301.9)

Estudios de musicoterapia en pacientes con TP

La musicoterapia ha mostrado grandes beneficios en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos tales como esquizofrenia, alteraciones del sueño, drogodependencias, depresión y ansiedad, entre otros. Sin embargo, es un área poco estudiada en personas diagnosticadas de trastorno de personalidad.

Pool y Odell-Miller afirman que hay poca evidencia de musicoterapia en pacientes con trastorno de personalidad en las guías National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), y en general es un área que necesita más investigación. Pool y Odell-Miller, exploran en su estudio la relación entre la agresión y la creatividad en la musicoterapia. Se examina cómo la musicoterapia podría tener un papel importante en la canalización de la agresividad en un hombre joven con diagnóstico de trastorno de personalidad y una historia de comportamiento muy agresivo, cuyo contacto con los servicios psiquiátricos se caracterizaba por su renuncia a hablar de sí mismo y de sus emociones. El paciente sufrió una niñez llena de carencias y abusos en la que había aprendido a adaptarse a su entorno suprimiendo sus emociones. Esto parecía limitar su sentido de sí mismo y su identidad y creó un sentimiento de persecución desde el exterior. A través de la musicoterapia comenzó a gestionar la agresividad sin perder el control y esto le permitió expresar otras emociones más vulnerables como la vergüenza y el dolor. El estudio sugiere que existe un fuerte vínculo entre la agresión, el afecto y el movimiento del cuerpo. Las conclusiones mostraron que la musicoterapia a veces puede proporcionar el contexto para una exploración segura de sentimientos profundos. También puede permitir al individuo sublimar las emociones negativas a través de expresiones más apropiadas, pudiendo transformar el comportamiento destructivo en algo creativo, lo que puede ser un indicador de progreso terapéutico y de exitoso dominio de la agresión. Como limitaciones se encuentran que es un estudio cualitativo de caso único y que se realizó en un corto periodo de tiempo (10 semanas de sesiones individuales de musicoterapia, en un periodo de 3 meses) (35).

La musicoterapia afecta al estado global, síntomas generales, síntomas negativos, depresión y ansiedad, entre otros; se han demostrado grandes

efectos después de al menos 16 sesiones, con un rango que oscila entre 16 y 51 sesiones (36). Este rango tan amplio puede deberse a los diferentes diagnósticos y a la diferente metodología empleada. Mientras que en las revisiones sobre esquizofrenia se sugiere que se pueden necesitar al menos 20 sesiones para obtener resultados, es posible que en pacientes con trastorno de personalidad no esté tan estudiado, y por lo tanto, no haya un consenso en el número de sesiones indicadas para alcanzar resultados significativos. Hannibal et al. realizaron un estudio en Dinamarca (donde la musicoterapia se usa frecuentemente en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y trastorno de personalidad) cuyo objetivo era investigar la adherencia y los predictores de adherencia a la musicoterapia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno de la personalidad. La muestra estaba compuesta por 27 pacientes, de los cuales, 17 presentaban diagnóstico de trastorno de personalidad. Los pacientes recibieron tratamiento de musicoterapia durante un año y posteriormente se realizó un período de seguimiento de un año. La dosis promedio de sesiones de musicoterapia fue de 18. Hannibal et al. indican que los resultados mostraron una adherencia al tratamiento del 87% para los pacientes con trastorno de personalidad, aunque ninguna de las variables predijo adherencia significativamente; no está claro que este alto nivel de adherencia al tratamiento estuviera relacionado con la musicoterapia como intervención, con otros factores o con una combinación. Además, el estudio está limitado por el pequeño tamaño de la muestra (36).

Hakvoort et al., en su estudio explican que, según la literatura en musicoterapia, a menudo se asume que las reacciones que los pacientes demuestran durante las sesiones tienen similitudes con otras situaciones. Esta teoría se denomina teoría de la analogía. El objetivo del estudio, en el que se incluyeron 20 participantes, fue explorar estas similitudes en el contexto de la psiquiatría forense. Este estudio se realizó en los Países Bajos, donde los pacientes psiquiátricos forenses, después de su encarcelamiento, son hospitalizados en un centro psiquiátrico forense bajo un código de leyes. El motivo principal de esta combinación de encarcelamiento y hospitalización es una historia de delitos violenta en combinación con un trastorno psicológico y/o psiquiátrico y una posibilidad eminente de recaída en un crimen violento. No obstante, en el ámbito de la psiquiatría forense los pacientes son una población muy heterogénea y sufren grandes déficits cognitivos, emocionales, sociales, mentales, psicológicos, así como

psiquiátricos. Más del 80% de la población forense presenta trastorno de la personalidad, de los cuales, el 34% por ciento de ellos están dentro de un cluster B (antisocial, límite, narcisista, etc.) y, el 40% presentan un trastorno de la personalidad no especificado (301.9). En el estudio, los terapeutas observaron el comportamiento de los pacientes psiquiátricos en la unidad donde residían y, posteriormente, lo compararon con la conducta observada durante la musicoterapia. Respecto al comportamiento verbal y disfuncional, así como al comportamiento no observado, existen importantes similitudes. Respecto al afrontamiento, la interacción y el comportamiento agresivo no mostraron similitudes significativas. Los resultados sugieren que la teoría de la analogía debe aplicarse con precaución. Un paciente, por ejemplo, puede demostrar una buena gestión de la agresividad durante la musicoterapia, pero puede carecer de este comportamiento en la unidad donde habita y, sin embargo, otro paciente puede tener dificultades para controlar su comportamiento agresivo tanto en la sesión de musicoterapia como en la unidad donde reside (37). Por tanto, se debe tener en cuenta que la validez externa está limitada por el pequeño tamaño de la muestra ($n = 20$) y porque el contexto terapéutico específico puede haber conducido algunos resultados.

Mössler et al., investigan la aplicación de técnicas de musicoterapia como predictores de cambio en los individuos que acuden al centro de salud mental que muestran una baja motivación en la terapia. Los participantes, una muestra de 31 de los cuales 6 presentaban trastorno de personalidad, fueron evaluados antes, durante y después de participar en la musicoterapia individual. Las técnicas de musicoterapia se evaluaron durante tres sesiones por participante. Los resultados indicaron que las técnicas de musicoterapia activa (cantar o tocar canciones conocidas, aprender habilidades musicales) pueden fomentar el desarrollo de competencias relacionales en personas con baja motivación (38).

El trastorno límite de la personalidad (301.83) es el trastorno de personalidad más frecuente (2% de la población general) y se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, y una elevada impulsividad. Presenta, además, una elevada comorbilidad con trastornos afectivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, y una elevada tasa de suicidios (9%) (39).

Bruscia describe en su libro sobre ejemplo de

casos de musicoterapia para trastorno de la personalidad, el caso de una adolescente de 17 años hospitalizada, diagnosticada de trastorno límite de personalidad. Durante ocho meses de trabajo individual se observa el proceso de la terapia. Las técnicas de musicoterapia incluyen el uso de canciones como objeto transicional y la improvisación como base para el diálogo. La paciente fue hospitalizada por un intento de suicidio y su comportamiento inicial durante su ingreso fue provocador, rebelde, manipulador, impulsivo y agresivo. Fue derivada a musicoterapia para incrementar sus capacidades de tolerar la ira y la frustración. La adolescente acudía entusiasmada a las sesiones de musicoterapia; tal como reporta Bruscia, cuando las respuestas del grupo estaban en un nivel emocional superficial ella respondía como el resto, sin embargo, cuando la música se volvía más intensa, Bruscia indica que ella adoptaba un rol de líder para prevenirse de los sentimientos que le estaba provocando la música. Sus objetivos en musicoterapia fueron: conectar sus impulsos con sus sentimientos, recuperar el control de la expresión de sus sentimientos y aceptar el refuerzo de su ego y autonomía a través de un ambiente de sostén. Según Bruscia, a través de la musicoterapia ella fue capaz de desarrollarse más allá de su fijación en un estadio que no le permitía establecer relaciones interpersonales por miedo al abandono. La música fue capaz de reflejar sus estados de ánimo de un modo que las palabras no podían. A través de este proceso de terapia se preparó para abordar y resolver sus sentimientos sobre las heridas emocionales del pasado relativas a la separación, además de prepararse para futuras relaciones sociales (40).

OBJETIVOS

Objetivo principal

Explorar la percepción de los pacientes con trastorno de personalidad que asisten a las sesiones de musicoterapia.

Objetivos específicos

- Conocer cómo ha influido la musicoterapia en la comunicación, sobre la expresión de emociones y relaciones interpersonales.
- Examinar la contribución de la musicoterapia sobre la estabilidad emocional y la ansiedad de los pacientes.
- Identificar el efecto percibido de la musicoterapia.

pia en el fomento la creatividad.

- Explorar su valoración acerca de la influencia de la musicoterapia en el cumplimiento del tratamiento.
- Conocer si la musicoterapia les ha ayudado a disminuir conductas autolesivas.
- Conocer sus expectativas previas y los motivos para asistir o no asistir a las sesiones.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Para abordar el objetivo se ha diseñado un estudio cualitativo fenomenológico. Desde un punto de vista holístico, el ser humano no puede ser estudiado sin tener en cuenta su contexto histórico, social y cultural, sino que es necesaria una metodología de investigación que admita la subjetividad. La metodología cualitativa se corresponde con el paradigma naturalista, que asume que la realidad no es única sino que está determinada histórica y socialmente. Esta metodología, por tanto, pretende comprender los fenómenos que estudia observándolos desde dentro, interactuando con los sujetos que participan en el estudio y recogiendo así información relativa a las experiencias de los participantes (41).

Dentro de la investigación cualitativa, la fenomenología es el tipo de diseño que aborda la experiencia individual de los sujetos desde su punto de vista (41), por ello para alcanzar el objetivo de estudio se plantea realizar la investigación cualitativa desde su vertiente fenomenológica.

Población de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora con los pacientes que cumplan los criterios de selección. Dicha unidad cuenta con 16 camas, donde se atiende a pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad con edades comprendidas entre 18 y 55 años. Es un criterio de exclusión de la unidad los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial (301.7).

Criterios de selección

- Criterios de inclusión

-Pacientes mayores de 18 años.

-Personas con diagnóstico de Trastorno de Personalidad según criterios DSM-5.

- Criterios de exclusión

-Pacientes que no comprendan castellano.

-Pacientes agitados en el momento en el que se estén realizando los grupos de discusión.

-Pacientes en los que la musicoterapia no esté indicada: la NIC establece que hay que evitar la música estimulante después de un traumatismo craneoencefálico agudo (440014).

Variables del estudio

Serán tenidas en cuenta las siguientes variables:

-Edad: variable cuantitativa.

-Tipo de Trastorno de Personalidad: variable cualitativa.

-Comorbilidad: variable cualitativa.

-Número de sesiones de musicoterapia: variable cuantitativa.

-Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: variable cuantitativa.

Método

Después de recibir el consentimiento de la dirección, se realizará una reunión con todo el equipo que trabaja en la Unidad de Trastorno de Personalidad del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora, en la cual se explicarán los objetivos del estudio y la metodología a seguir.

Las sesiones de musicoterapia se llevarán a cabo por una enfermera de la unidad con formación en musicoterapia, y esta persona será la encargada de desarrollar todas las sesiones.

El tipo de muestreo será un muestreo no probabilístico consecutivo cuyo tamaño será determinado por la saturación de datos. Una vez se obtenga

el grupo de estudio, el equipo de investigación se encargará de citar a los pacientes para tener una entrevista individual en la que se les entregará el consentimiento informado (anexo I) y se aclararán las dudas que puedan surgir.

Dado que el tiempo de estancia en la unidad son 6 meses se realizarán 24 sesiones de musicoterapia, haciendo una sesión de musicoterapia a la semana. En cada sesión habrá un máximo de 16 sujetos. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos y estará estructurada en 8 partes: presentación, caldeamiento, psicomotricidad, improvisación, audición, respiraciones, relajación y salida (anexo II).

Una vez finalizado el periodo en el que se van a realizar las sesiones de musicoterapia se procederá a realizar los grupos de discusión.

Recolección de datos

Tras obtener la aprobación del Comité Ético, se convocará una reunión con los jefes de la Unidad de Trastorno de Personalidad del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora. En dicha reunión se informará acerca de los objetivos y características del estudio, así como de los criterios de selección de los pacientes.

Para la obtención de datos se llevarán a cabo grupos de discusión. El grupo de discusión se caracteriza por su no directividad, y la conversación entre sus integrantes es generadora no solo de información sino también de significación (42).

El guion muestra la estrategia de emergencia y canalización de la discusión por parte de quien asume la figura de preceptor del grupo (quien trabaja sobre el discurso del grupo sin participar en él), induciendo y controlando la discusión. De ahí la importancia que adquiere la elaboración de un guion conversacional (42) (anexo III).

Cabe señalar el carácter abierto y flexible de la investigación cualitativa, donde pueden emerger nuevos elementos no considerados al principio de la investigación, pero que el investigador con cierta predisposición de escuchar, observar y reflexionar puede reelaborar ciertas estructuras temáticas. De este modo, el indeterminismo sobre el guion puede revelar cierta información sobre el grupo, como los temas tocados, secuencia de los temas, omisión de

tópicos, temas que crean fraccionamiento en el grupo o temas que permiten el consenso (43).

Se realizarán grupos de discusión hasta llegar a la saturación de la información, momento en el que habremos alcanzado el tamaño muestral. Los grupos de discusión tendrán un máximo de 8 sujetos, por lo que el grupo que realizó las sesiones de musicoterapia se dividirá en dos, siendo grupos homogéneos por rango de edad (de 18 a 35 años y de 36 a 55 años). Por lo tanto, se estima necesario realizar al menos 6 grupos de discusión.

El primer grupo de discusión tendrá lugar una semana después de haber finalizado las sesiones de musicoterapia. La frecuencia de los grupos de discusión será semanal, y la duración de los mismos será de aproximadamente 60 minutos.

Las conversaciones mantenidas durante los grupos de discusión serán grabadas en video. La transcripción de cada sesión ha de ser literal, de modo que en cada una de las transcripciones constarán todas las marcas lingüísticas y paralingüísticas (entonaciones, risas, gestos, silencios, etc.) necesarias para dar cuenta de ese desplazamiento de lo oral a lo escrito (42). En caso de que los pacientes rehusaran la grabación en video, se realizaría en audio.

Análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos empezará durante su recopilación, permitiendo rediseñar la metodología en el transcurso de la investigación, siendo un diseño flexible y retroalimentado.

Las transcripciones y las notas se estudiarán minuciosamente, realizando un análisis temático con el objetivo de identificar la esencia del fenómeno y transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia (44). Para ello se crearán categorías para englobar todos los temas identificados y se agruparán según significados compartidos.

La codificación hace referencia al proceso a través del cual se segmentan los datos en función de su significado para con las preguntas y objetivos de investigación, y nos permite condensar nuestros datos en unidades analizables. La codificación nos ayuda a llegar desde los datos a las ideas (44).

Antes de comenzar con la codificación, debemos de familiarizarnos con los datos, así, una lec-

tura integral de todos nuestros datos nos facilitará una visión completa e integradora del material que nos traemos entre manos. Después de esta lectura en profundidad, comenzaremos con el proceso de codificación mediante la identificación de palabras, frases o párrafos que consideremos que tienen una significación destacable en relación a nuestros objetivos de estudio. Al mismo tiempo que vamos identificando estos elementos de significación, les vamos a ir asignando un código con el programa informático que intente recoger el significado emergente (44).

Uno de los principales retos de la investigación cualitativa es mostrar que la interpretación que se ha realizado de la información recogida es veraz, para lo cual, los investigadores cualitativos cuentan con las siguientes técnicas: la triangulación, las verificaciones externas o el proceso de reflexividad (41).

Antes de iniciar la recogida de datos, es importante tener en cuenta la reflexividad. El investigador interacciona continuamente en el ámbito que estudia, y a la vez es un sujeto con un recorrido biográfico, situado en un contexto social e histórico propio que condiciona su forma de ver el mundo. En la medida en que el propio investigador sea consciente de esa influencia y la comprenda, la asuma, la controle y la aproveche, podrá realizar la investigación de forma válida desde el punto de vista del interaccionismo simbólico (45). Para ello, los investigadores detallarán por escrito sus creencias acerca del fenómeno de estudio. Es importante tener en cuenta las propias suposiciones del fenómeno de estudio a la hora de obtener y analizar los datos, ya que se trata de influir lo menos posible sobre la información que aportan los sujetos (46).

La triangulación hace referencia a la utilización de diversos métodos para contrastar y corroborar el fenómeno de estudio desde diferentes perspectivas (45) con lo que se pretende añadir rigor, amplitud y profundidad a la investigación (41). La triangulación de datos implica el uso de diferentes fuentes de datos a fin de tener distintos puntos de vista para validar las conclusiones, y con la triangulación de investigadores se recurre a dos o más investigadores con experiencia para que analicen e interpreten la información recogida (41).

Se efectuará una triangulación de la información realizando, en primer lugar, entrevistas que se ana-

lizarán de manera individual por los investigadores colaboradores y la investigadora principal. Posteriormente, habrá una reunión del equipo investigador donde se contrastarán y discutirán los temas identificados en cada análisis individual hasta llegar a un consenso.

La verificación con los propios participantes es, quizá, la técnica más importante para valorar la credibilidad del análisis realizado. Consiste en hacer una devolución a los sujetos del análisis realizado para que sean ellos quienes verifiquen, rectifiquen o maten dicho análisis (41).

Los programas de análisis permiten un proceso ajustado y transparente de análisis de los datos y pueden ser útiles para realizar tareas mecánicas de análisis, como identificar similitudes, diferencias y relaciones entre distintos fragmentos de texto (47). La información obtenida se analizará utilizando la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS.ti 7

Consideraciones éticas

Para la elaboración del estudio se requerirá el permiso del Comité Ético de investigación correspondiente al Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora.

Teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se asegurará que los derechos y libertades de los sujetos en estudio sean respetados, al igual que la confidencialidad en sus datos (48).

De la misma forma se tendrá en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado (49).

Antes de participar en el estudio se pedirá un consentimiento informado, en el cual se informará del objetivo del estudio, del carácter voluntario de la participación en el mismo y la posibilidad de abandonar cuando se desee sin que eso suponga ninguna repercusión en el trato recibido ni interfiera en su tratamiento. De igual modo se garantizará la confidencialidad de las grabaciones y el carácter anónimo de las mismas. Las transcripciones de las entrevis-

tas se mantendrán bajo llave en un solo dispositivo teniendo acceso al mismo únicamente el equipo investigador.

En caso de que algún sujeto estuviera incapacitado legalmente se solicitará por escrito el consentimiento del mismo así como el de su tutor legal.

Limitaciones del estudio

Los estudios cualitativos son fuertes en términos de validez interna, pero débiles en validez externa, sus resultados no son generalizables a la población. Por tanto, una limitación del estudio sería que los

resultados obtenidos, aunque pudieran resultar de interés, no serían extrapolables a la población general.

Otra limitación sería que los pacientes se conocen. Algunos autores apuntan que lo ideal en un grupo de discusión es que los pacientes no se conozcan entre sí (43).

Cronograma

CONTACTOS Y PERMISOS: 2 meses
Aprobación del Comité Ético.
Reunión con los jefes del servicio para informarles sobre el proyecto, aclarar dudas y solicitar los permisos correspondientes.
FASE DE CAMPO: 9 meses
Selección y captación de los participantes.
Realización de sesiones de musicoterapia durante un periodo de seis meses.
Grupos de discusión.
Recogida, codificación y registros de datos.
FASE DE ANALISIS DE RESULTADOS: 8 meses
Descripción y análisis de los resultados.
Interpretación de hallazgos principales.
Elaboración de conclusiones e informes finales.
FASE DE DIFUSION: 6 meses
Presentación a eventos científicos de ámbito nacional.
Publicación en revistas científicas

Tabla 1. Cronograma.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

La relevancia del estudio radica en la falta de conocimiento acerca de los efectos de la musicoterapia en pacientes con trastorno de la personalidad. Los resultados de este estudio nos permitirían comprender la realidad de este fenómeno tal y como la perciben los pacientes, desde la perspectiva que consideran importante y, de este modo, se podría llevar a la práctica clínica enfermera para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios para los pacientes.

Explorar su percepción acerca de esta terapia y la utilidad que para ellos tiene desde una perspecti-

va fenomenológica, nos servirá además para identificar beneficios no esperados de la musicoterapia en otros aspectos (distintos a los recogidos en los objetivos del estudio) que puedan ser aplicados en pacientes diagnosticados de otro tipo de trastornos o problemas de salud mental. Estas posibles aplicaciones, junto al resto de los resultados de esta investigación se difundirían a profesionales del ámbito sanitario, especialmente a aquellos dedicados a la salud mental. Esto se haría tras la redacción de un informe final, mediante difusión tanto en congresos como a través de la publicación en revistas especializadas, con el objetivo de aumentar la divulgación de los hallazgos y promover líneas de investigación similares en otras áreas.

Presupuesto

	COSTE
1. GASTOS DE PERSONAL	
Enfermeras para realización de entrevistas, análisis e interpretación de los datos y aplicación de resultados	0 €
SUBTOTAL	0 €
2. GASTOS DE EJECUCIÓN	
a) Adquisición de bienes:	
Videocámara digital	330 €
Grabadora digital	100€
Software Atlas.ti 7	1652 €
SUBTOTAL	2082 €
b) Difusión de los resultados	
Divulgación científica y asistencia a congresos	700 €
SUBTOTAL	700 €
TOTAL GASTOS	2782 €

Tabla 2. Presupuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- Poch Blasco S. Musicoterapia en Psiquiatría. España: Editorial Médica Jims, S.L.; 2013.
- Betés de Toro M. Bases históricas del uso terapéutico de la música. En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 23-36.
- Ballesteros Massó R, Gómez Barrena E, Delgado Martínez AD. Historia de la Traumatología y Cirugía Ortopédica. [Monografía en Internet]. Jaén: Universidad de Jaén; 2002 [acceso 14 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/la_medicina_del_renacimiento.htm
- Gigante Pérez C. Análisis de repuestas fisiológicas, emocionales y conductuales, ante el estímulo musical en una muestra de jóvenes universitarios [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- Puig Llobet M, Lluch Canut MT. Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental. Metas de Enfermería. 2012;15(9):58-61.
- American Music Therapy Association. Silver Spring MD: American Music Therapy Association, 1998 [actualizado en 2015, acceso 6 de enero de 2015]. History of Music Therapy. Disponible en: <http://www.musictherapy.org/about/history/>
- Blasco Vercher F, Sanjosé Huguet LV. Música y afectividad: La música como medio de exploración de las emociones humanas. En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 149-173.
- Lacárcel Moreno J. Psicología de la música y emoción musical. Educatio. 2003;20(21): 213-226.
- Bruscia K. Definiendo musicoterapia. Salamanca: Amarú; 1997.
- Schwarz AA, Schweppe RP. Cúrate con la música. Barcelona: Robinbook; 2002.
- Solanki MS, Zafar M, Rastogi R. Music as a therapy: Role in psychiatry. Asian Journal of Psychiatry. 2013;6(3):193-199.
- Schapira D. Musicoterapia: facetas de lo inefable. Rio de Janeiro: Enelivros; 2002.
- Mercadal-Brotos M. Modelo conductista.

- En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 309-317.
14. Di Franco G. Modelos analíticos: musicoterapia y psicoanálisis. En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 318-328.
 15. Benenzon R. Modelo musicoterapéutico de Benenzon. En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 329-349.
 16. Mendes Barcellos LR. El modelo GIM: "Imágenes Guiadas con Música". En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 350-363.
 17. Lorenzo A, Ibarrola B. Modelo humanista-transpersonal. En: Betés de Toro M, director. Fundamentos de Musicoterapia. Madrid: Morata; 2000. p. 364-378.
 18. McCaffrey T, Edwards J, Fannon D. Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy* 2011;38(3):185-189.
 19. Blanco Blanco J, Esquinas López C, Gea Sánchez M, Martínez Soldevila J, Otero García L, Vendrell Justribó J. Guía de buenas prácticas basada en la evidencia: Mejoremos la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante las terapias naturales y complementarias. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2014.
 20. Raglio A. When music becomes music therapy. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;65(7):682-683.
 21. Nightingale F. Notes on Nursing for the labouring classes. London: Harrison; 1861.
 22. Ribeiro Leão E. Música, Salud y Enfermería. *Index de Enfermería*. 2014;23(1-2):5-6.
 23. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Nursing Interventions Classifications. NIC. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2013.
 24. Gigante Pérez C. La Intervención Enfermera: Terapia Musical. *Educare21 [Internet]* 2006 [acceso 31 de enero de 2015]; (24). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/24022/>
 25. Herdman TH. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
 26. Mössler K, Chen X, Haldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 12.
 27. Carr C, Odell-Miller H, Priebe S. A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients. *PLoS One*. 2013; 8(8):e70252.
 28. Silverman MJ, Rosenow S. Immediate quantitative effects of recreational music therapy on mood and perceived helpfulness in acute psychiatric inpatients: An exploratory investigation. *The Arts in Psychotherapy*. 2013;40(3):269-274.
 29. Wang C, Sun Y, Zang H. Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: A meta-analysis of 10 randomized studies. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):51-62.
 30. Lin ST, Yang P, Lai CY, Su YY, Yeh YC, Huang MF, et al. Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2011;19(1):34-46.
 31. Castillo-Pérez S, Gómez-Pérez V, Velasco MC, Pérez-Campos E, Mayoral M. Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*. 2010;37(5):387-390.
 32. Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(6):621-627.
 33. Mateos-Moreno D, Atencia-Doña L. Effect of a combined dance/movement and mu-

- sic therapy on young adults diagnosed with severe autism. *The Arts in Psychotherapy*. 2013;40(5):465-472.
34. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 35. Pool J, Odell-Miller H. Aggression in music therapy and its role in creativity with reference to personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*. 2011;38(3):169-177.
 36. Hannibal N, Pedersen IN, Hestbaek T, Sorensen TE, Munk-Jorgensen P. Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nord J Psychiatry*. 2012;66(6):376-379.
 37. Hakvoort L, Bogaerts S, Spreen M. (Dys) Functional behavior in forensic psychiatric patients: Study of analogy between music therapy and group work. *The Arts in Psychotherapy*. 2012;39(4):304-313.
 38. Mössler K, Assmus J, Heldal TO, Fuchs K, Gold C. Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*. 2012;39(4):333-341.
 39. Acuña Gelabert M, Bermúdez de la Puente Andión C, Lago Blanco E, Vilavedra Vaamonde A, Marín Sánchez N, Ibarra Uría O. Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialectico-conductual. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2009;29(104):523-532.
 40. Bruscia K. *Case Examples of Music Therapy for Personality Disorders*. Barcelona: Gilsum NH; 1991.
 41. Salamanca Castro AB. *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: FUDEN; 2013.
 42. Domínguez Sanchez-Pinilla M, Davila Lege-rén A. La práctica conversacional del grupo de discusión: jóvenes, ciudadanía y nuevos derechos. En: Gordo López AJ, Serrano Pascual A, coordinadores. *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson; 2008. p. 97-126.
 43. Parada Dueñas FJ. Premisas y experiencias: análisis de la ejecución de los grupos de discusión online. *Encrucijadas*. 2012; 4:95-114.
 44. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). *NURE Inv [Internet]*. Mar-Abr 2010 [citado 20 Feb 2015];7(45):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://stel.ub.edu/sites/default/files/Tipos%20de%20an%C3%A1lisis%20y%20codificaci%C3%B3n.pdf>
 45. Luengo González R. Validación de estudios cualitativos (II). Estrategias de verificación. *NURE Inv [Internet]*. Nov-Dic 2010 [citado 12 Feb 2015];7(49):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://fe10v.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/Validacion2_verificacion492110201013647.pdf
 46. Gálvez González M, Águila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Inv [Internet]*. May-Jun 2013 [citado 12 Feb 2015];10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf
 47. González Gil T, Cano Arana A. Los softwares como recurso de apoyo al procesamiento y organización de los datos cualitativos. *NURE Inv [Internet]*. Jul-Ago 2010 [citado 20 Feb 2015];7(47):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/CAQ-DAS47.pdf
 48. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
 49. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15-11-2002).

AGRADECIMIENTOS

A Fernando Pérez Adán del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora por transmitirme su pasión por la musicoterapia. A Ana Belén Salamanca Castro y a María de la Fuente Sainz de Baranda de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, sin cuyo apoyo no hubiera sido posible este trabajo.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Vivencia de la musicoterapia en pacientes con trastorno de personalidad

Investigador principal: Ainhoa Quijera Rebollo

Introducción

Mediante la siguiente hoja informativa nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité Ético de investigación clínica.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello usted puede leer esta hoja informativa, y en caso de que le surjan dudas nosotros podremos aclarárselas. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna repercusión para usted. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos.

Descripción general del estudio

El estudio en el que se le invita a participar pretende conocer su opinión acerca de las sesiones de musicoterapia. Durante los 6 meses de ingreso en la unidad se realizarán 24 sesiones de musicoterapia (una semanalmente) y posteriormente se procederá a realizar la investigación mediante grupos de debate. Se realizará el primer grupo de debate una semana después de terminar la última sesión de musicoterapia. El abordaje del estudio se realizará mediante una metodología cualitativa, las conversaciones serán grabadas en video y posteriormente transcritas, y finalmente serán analizadas e interpretadas; de este modo, los resultados del estudio permitirán a los profesionales que les atienden tener en cuenta aquellos aspectos que los participantes consideran importantes.

Procedimiento del estudio

En primer lugar se realizarán sesiones de musicoterapia durante un periodo de 6 meses con una frecuencia semanal. Posteriormente se llevarán a cabo debates de grupo en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora. Para poder analizar lo que realmente se ha dicho, las conversaciones serán grabadas en video, y tras su transcripción serán borradas. Se mantendrá rigurosamente el anonimato en la elaboración de los informes.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

El carácter voluntario en la participación en este estudio garantiza la ausencia de riesgos en su participación. Los debates de grupo serán guiados por un profesional con experiencia en entrevistas clínicas y en grupos, y si en algún momento usted experimenta malestar y necesita realizar una pausa o desea detener el proceso, esto será facilitado por el investigador sin perjuicio para usted.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos

de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Ainhoa Quijera Rebollo. Investigadora Principal.

Vivencia de la musicoterapia en pacientes con trastorno de personalidad.

En.....a.....de.....de.....

- Yo:.....
 - He leído la hoja de información que se me ha entregado
 - He recibido suficiente información y he podido realizar preguntas sobre el estudio y la entrevista. Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
 - He hablado con: Ainhoa Quijera Rebollo.
 - Comprendo que mi participación es voluntaria.
 - Comprendo que puedo abandonar la entrevista:
- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto suponga ningún perjuicio para mí.
- Con la seguridad de que mis datos y las grabaciones realizadas serán eliminados.

Por consiguiente:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador principal:

Fecha:.....

Fecha:.....

En caso de revocación del Consentimiento:

Fecha:.....

Firma:.....

ANEXO 2

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE MUSICOTERAPIA

Previo al comienzo de las sesiones se tendrán en cuenta las preferencias musicales de los sujetos puesto que la música preferida por el paciente es la que posee una mayor capacidad para provocar motivación e implicación. Para ello se les facilitará la siguiente ficha (Tabla 3):

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA
Fecha
Edad
¿Qué canciones le gustaba cantar en la infancia?
¿Qué música le gustaba escuchar en la infancia?
Música preferida en la adolescencia
Música rechazada en la adolescencia
Instrumentos que le interesaban en la adolescencia
Ambiente sonoro-musical actual del hogar
Músicas y sonidos preferidos en la actualidad
Músicas y sonidos rechazados en la actualidad
Indiferencia hacia la música
Instrumentos que le interesan en la actualidad
¿Qué respuesta adopta ante el silencio?

Tabla 3. Ficha musicoterapéutica. Fuente: elaboración propia.

La estructura de las sesiones consta de las siguientes fases:

- **Presentación.** Pacientes y personal se presentan por turnos con su nombre y un gesto mientras suena una música, a continuación los demás repiten el gesto y saludan.
- **Caldeamiento.** El grupo dirigido por el terapeuta se va frotando distintas partes del cuerpo. En esta fase también se pueden utilizar ejercicios de respiración y canto terapéutico.
- **Psicomotricidad.** Ejercicios conducidos con música cuya finalidad es producir un movimiento o baile más o menos vigoroso dependiendo del estado del grupo.
- **Improvisación.** Improvisación grupal con instrumentos de percusión.
- **Audición.** Audición de un tema musical y posterior comentario en grupo.
- **Respiraciones.** Ejercicios de fisioterapia respiratoria conducidos con música como paso previo a la relajación.
- **Relajación.** Inducción de un estado de relajación utilizando instrumentación musical, voz y pelotas blandas como elementos mediadores.
- **Salida.** Despedida y puesta en común.

ANEXO 3

GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN

- Introducción

Estamos realizando un estudio para conocer la vivencia de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad que asisten a las sesiones de musicoterapia. Lo que aquí se hable va a ser grabado en video; dichas grabaciones serán guardadas bajo llave por las personas que realizamos la investigación y, una vez se finalice el análisis del contenido de las mismas serán destruidas. Por supuesto, toda información recogida será anónima y confidencial.

¿Cuál es vuestra opinión acerca de las sesiones de musicoterapia?

- Guion de preguntas

¿Cómo ha influido la musicoterapia en la comunicación y la expresión de emociones?

¿Cómo ha influido en vuestras relaciones interpersonales?

¿Creéis que os ha servido para modificar vuestro estado de ánimo? ¿Ha disminuido vuestra ansiedad tras las sesiones?

¿Opináis que asistir a las sesiones de musicoterapia os ha ayudado a manejar ideas autodestructivas?

¿Asistir a las sesiones de musicoterapia ha mejorado vuestra creatividad? ¿De qué modo?

¿Cómo ha influido la musicoterapia en cuanto al cumplimiento del tratamiento?

¿Cuáles eran vuestras expectativas antes de acudir a las sesiones de musicoterapia?

¿Cuál ha sido vuestra motivación al acudir a las sesiones?