



Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2017 / 2018
Convocatoria Diciembre



Modalidad: Revisión Bibliográfica.

Título: Musicoterapia como tratamiento coadyuvante en personas que padecen esquizofrenia.

Autor: Isabel Ros Pérez.

Tutora: María Antonia Parra Rizo.

Elche a 8 de diciembre de 2017.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Método..... | 6 |
| Análisis e integración de la información..... | 8 |
| Conclusiones..... | 21 |
| Referencias..... | 23 |
| Tabla 1..... | 9 |
| Figura 1..... | 7 |



Resumen

Actualmente, se está utilizando la musicoterapia como una alternativa al tratamiento de diversos trastornos, como es la esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad que suele afectar en gran medida las diferentes facetas de la vida de la persona. El presente trabajo ofrece una revisión de 11 artículos obtenidos de diferentes bases de datos acerca del efecto de la musicoterapia en personas que padecen esquizofrenia. Los resultados obtenidos muestran en general, efectos positivos en la reducción de sintomatología negativa y cambios sensorio-motores, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto, la utilización de la musicoterapia en el proceso de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia podría ser eficaz junto con los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Sin embargo, la influencia en la sintomatología positiva y en otras áreas no son concluyentes, siendo necesario continuar investigando sobre esta herramienta mediante estudios experimentales que tengan en cuenta las limitaciones de estudios previos para poder conocer todos los efectos que puede llegar a tener la musicoterapia en la rehabilitación de las personas que padecen esquizofrenia.

Palabras clave: musicoterapia, música, esquizofrenia y rehabilitación.



Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2016). Su prevalencia se estima entre 0.3 y el 0.7 (DSM-5, 2014), siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). En España, se estima una incidencia de 0,8 casos por 10.000 habitantes por año, siendo de 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres. La prevalencia estimada es de 3 por cada 1.000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por cada 1.000 para las mujeres. En cuanto a la edad media de comienzo, es de 27 años para las mujeres y 24 para los hombres (Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro, y Chisholm, 2006).

Actualmente, la esquizofrenia se sitúa entre las 10 enfermedades más incapacitantes en personas con edades entre los 15 y los 44 años. Más del 50% de las personas que la sufren, no están recibiendo una atención adecuada (OMS, 2016). Cavieres y Valdebenito (2005), exponen que hay variables asociadas como el suicidio, los escasos recursos de afrontamiento y mayores accidentes, que hacen que las personas que padecen esquizofrenia tengan menor esperanza de vida. La OMS (2016) también explica que tienen entre 2 y 2,5 más probabilidades de morir a edades tempranas que el resto de la población.

La esquizofrenia conlleva un elevado coste familiar, personal económico y social, pudiendo considerarla como la enfermedad mental a la que se le asocia mayor estigmatización (Chuaqui, 2005; Pérez y Terrasa, 2007).

La esquizofrenia se puede tratar, siendo la farmacoterapia y el apoyo psicosocial eficaces (OMS, 2016). El tratamiento farmacológico es esencial para la prevención de síntomas y obtención de buenos resultados en el tratamiento (Velligan et al., 2009). Este tratamiento, debe ir conjunto a otras modalidades terapéuticas, como la psicoeducación o la psicoterapia (Graziani e Inocenti, 2014).

Su tratamiento envuelve diferentes terapias, siendo éste integral y multidisciplinar (Caqueo-Urizar y Lemos, 2008). La intervención ha de adaptarse a cada paciente, elaborando un plan individual de integración y rehabilitación integral adecuado a cada uno de ellos (Florit-Robles, 2006), tal como afirma Laviana (2006, p. 367), "la evaluación del funcionamiento psicosocial, incluyendo la evaluación de intereses y motivaciones, de sus redes personales de apoyo, de la red familiar cercana y extensa, de su vida educativa y laboral, de sus sueños de futuro, de las expectativas, etc., son elementos indispensables en la programación individualizada de su plan terapéutico". Los tratamientos más eficaces son

programas multimodales y multifactoriales, los cuales integran diferentes áreas de trabajo de la enfermedad, incluyendo psicoeducación sobre el trastorno, entrenamiento en habilidades de la vida diaria y en habilidades sociales, apoyo de la comunidad, integración sociocomunitaria, rehabilitación cognitiva, manejo del estrés, planificación del tiempo libre, rehabilitación laboral y prevención de recaídas (Laviana-Cuetos, 2006). Los tratamientos más utilizados son la Intervención psicoeducativa familiar, el Entrenamiento en habilidades sociales, la Terapia cognitivo-conductual, los Paquetes integrados multimodales, la Terapia psicodinámica y el Arteterapia y/o técnicas expresivas (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Montaño et al. (2013), concluyen en su trabajo que la intervención realizada debe buscar mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico, alcanzando la recuperación y disminución de la carga familiar, independientemente del tratamiento que se decida llevar a cabo.

Actualmente, como hemos resaltado para el tratamiento de la esquizofrenia, son muy importantes los fármacos, sin embargo, la disfunción social y el deterioro de la función cognitiva pueden continuar incluso después del tratamiento con estos. De aquí, surge la necesidad de desarrollar tratamientos eficaces para regir los déficits cognitivos y complementar la medicación con intervenciones psicosociales (Kwon, Gang y Oh, 2013). En este momento, se está utilizando con éxito medicina complementaria y alternativa a la medicina moderna para el tratamiento de diversos trastornos, como la musicoterapia (De Sousa y De Sousa, 2010).

Numerosos estudios evidencian que la musicoterapia reduce la sintomatología y mejora las funciones psicosociales, por lo que los pacientes con esquizofrenia, podrían beneficiarse de estos efectos.

Los síntomas negativos han mostrado escasa respuesta al tratamiento farmacológico y están muy ligados al pronóstico y funcionamiento de los pacientes (Buckley y Stahl, 2007). Son varios los estudios en los que la terapia musical fue capaz de disminuir significativamente los síntomas negativos de los pacientes (Hayashi et al., 2002; Tang, Yao, y Zheng, 1994; Yang, Li, Weng, Zhang y Ma, 1998). Además, hay estudios en los que además de reducirse los síntomas negativos, también lo hacen los positivos (Bozkurt et al., 2014; De Sousa y De Sousa, 2010; Lu et al., 2013; Peng, Koo y Kuo, 2010). Sin embargo, investigaciones también reflejan reducciones en la sintomatología negativa, pero no en la positiva (Mohammadi, Minhas, Haidari y Panah, 2012; Talwar et al., 2006).

Por otro lado, investigaciones han encontrado que la terapia musical ayuda a mejorar las relaciones interpersonales, lo que podría aumentar la capacidad de adaptación a la comunidad tras el alta hospitalaria (Bozkurt et al., 2014; Kwon et al., 2013; Murow y Sánchez, 2003; Pérez et al., 2013; Sabatella, 2007; Salvador y Martínez, 2013; Ulrich, Houtmans y Gold, 2007; Vázquez y Mouriño, 2013).

Además, la musicoterapia podría tener efectos a nivel cognitivo, ya que investigaciones demuestran que pacientes con esquizofrenia que han realizado tratamiento con musicoterapia, han visto aumentada su capacidad de concentración y atención (Gang y Oh, 2013; Pérez et al., 2013; Sabatella, 2007; Salvador y Martínez, 2013)

Por todo esto, numerosos estudios indican que la musicoterapia es una intervención efectiva en la rehabilitación de la esquizofrenia (De Sousa y De Sousa, 2010; González, et al., 2014; Kwon et al., 2013; Lu et al., 2013; Pérez et al., 2013; Sabbatella, 2007) aunque también otros, la consideran como moderadamente efectiva (Salvador y Martínez, 2013). Por lo que el presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de la literatura actual para determinar la efectividad de la musicoterapia como terapia coadyuvante en personas que padecen esquizofrenia, con el fin de obtener evidencias que permitan intervenciones con este tipo de terapia.

Método

Para la presente revisión bibliográfica, se procedió a una rigurosa búsqueda en diferentes bases de datos de interés científico como son Redalyc, PubMed, ScienceDirect y Google Académico. De todos los trabajos encontrados en estas bases de datos, se seleccionaron un total de 11 artículos (véase Figura 1).

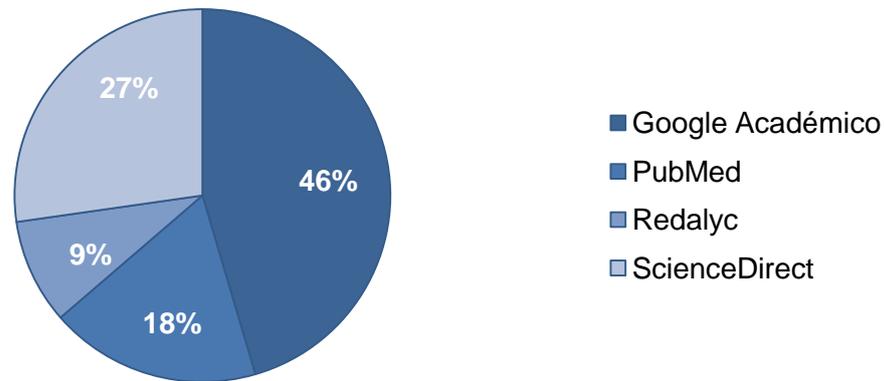


Figura 1. Distribución de artículos seleccionados de cada base de datos.

Para la búsqueda de artículos relacionados, se utilizaron como palabras clave "musicoterapia y trastorno mental", "música y trastorno mental" y para una búsqueda más específica al objetivo del estudio, se utilizaron como palabras "música y esquizofrenia", "musicoterapia y esquizofrenia" y "music therapy and schizophrenia".

Debido a la gran cantidad de artículos encontrados inicialmente, se definieron criterios de inclusión y exclusión. Se excluyeron todos aquellos artículos que estuviesen publicados con fecha previa al año 2003, además, se descartaron todos los artículos en que los destinatarios de la intervención no fuesen en su mayoría pacientes con esquizofrenia. También se excluyeron artículos en los que no se utilizara musicoterapia como única intervención y estudios en los que no se indicaron las edades de la muestra o esta fuese inferior a 18 años y/o superior a 65.

Por lo tanto, los criterios de inclusión fueron trabajos donde los destinatarios de la intervención fueran pacientes esquizofrénicos o lo fuesen en su mayoría (70%) y artículos donde la intervención fuera únicamente la musicoterapia. Además, se incluyeron los artículos donde la muestra estuviera formada con pacientes con edades entre 18 y 65 años. También se establecieron criterios temporales para la selección de artículos, seleccionándose únicamente aquellos que estuviesen publicados desde el año 2003 hasta la actualidad.

Análisis e integración de la información

El resultado consiste en la revisión de 11 artículos relacionados con la musicoterapia y la esquizofrenia, que comprende la búsqueda en diferentes bases de datos anteriormente mencionadas (véase Tabla 1).



Tabla 1. Resumen de la eficacia de las intervenciones de Musicoterapia en pacientes que padecen esquizofrenia.

| AUTOR | AÑO | MUESTRA | OBJETIVO | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN | RESULTADOS/CONCLUSIONES |
|---------------------|------|---|---|---|---|--|
| Bozkurt, S., et al. | 2014 | N=85 -Grupo experimental (GE): 45 -Grupo control (GC): 40 Diagnóstico de esquizofrenia. Edad: 18-60 años. | -Examinar la viabilidad y la eficacia terapéutica de la música clásica turca como terapia musical en grupo para pacientes hospitalizados con esquizofrenia. | -Sesiones: 12. -Periodicidad: 3 veces por semana. -Duración: 50-55 minutos. -Terapeutas: un psiquiatra, dos musicoterapeutas y seis músicos. - Grupo: 15 pacientes. | -Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). -Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS). - Global Assessment of Functioning (GAF). -Escala de impresión clínica global (CGI). -Escala de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL). -Encuesta de Satisfacción Relacionada con la Salud (HRQS). Administración antes del tratamiento y una vez por semana durante las 4 semanas del ensayo. | -Las puntuaciones BPRS y PANSS para los pacientes del GC disminuyeron significativamente. -Al final de la tercera y cuarta semana, las puntuaciones totales de PANNS para el GE fueron significativamente menores que las de los controles. -La musicoterapia trata de mejorar las relaciones interpersonales y el funcionamiento psicosocial general. -Al final de la cuarta semana, las puntuaciones de CGI para el GC fueron significativamente mayores que las del grupo de musicoterapia. -A partir de la segunda semana, los participantes en el grupo de estudio de terapia musical mostraron niveles de satisfacción de HRSQ significativamente mayores que el grupo de control. |

| | | | | | | |
|-----------------------------|------|---|---|--|--|--|
| De Sousa, A. y De Sousa, J. | 2010 | N= 272 (288 -16 abandonos) -GE: 136 -GC: 136 | -Examinar el papel de la musicoterapia en la mejora de la sintomatología en la esquizofrenia crónica. | -Sesiones: 1 mes. -Periodicidad: todos los días. -Duración: 30 minutos. | -Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia. Medidas pre y post-test. | -Las subescalas de anergia, activación y depresión de la PANSS mostraron diferencias extremadamente significativas. -Las puntuaciones en las escalas de síntomas positivos y negativos también difirieron significativamente. |
| Kwon, M., Gang, M. y Oh, K. | 2013 | N= 55 -GE: 33 (5 abandonos) -GC: 35 (8 abandonos) | - Examinar el efecto de la musicoterapia de grupo sobre las ondas cerebrales, la función cognitiva y el comportamiento entre los pacientes con esquizofrenia crónica. | -Sesiones: 13. -Periodicidad: 2 veces por semana. -Duración: 50 minutos. | -Ondas cerebrales: electroencefalografía. -Comportamiento: Escala de Observación por Enfermería (NOSIE). -Función cognitiva: Mini-Mental State Examination. Medidas pre-test y post-test. | -Las ondas prefrontal, frontal, temporal y parietal fueron significativamente mayor en el GE que el GC. No encontraron ninguna disminución significativa en las ondas beta después del experimento entre los dos grupos. - La puntuación total del MMSE fue significativamente mayor en el GE que en el GC. En las subcategorías del MMSE, atención, cálculo y lenguaje fueron significativamente diferentes. No hubo diferencias significativas en la orientación, la memoria y el aprendizaje. -Las puntuaciones totales de NOSIE del grupo experimental fueron significativamente mayores que el grupo control. El grupo experimental informó haber |

| | | | | | | |
|---|------|---|--|---|---|--|
| | | | | | | mejorado el comportamiento positivo (competencia social, interés social y pulcritud) y comportamiento negativo (irritabilidad, psicosis manifiesta, depresión psicótica) |
| Lu, S. F., et al. | 2013 | N= 80 -Grupo intervención musical (MIG): 38 -Grupo de atención habitual (UCG): 42 Diagnóstico de esquizofrenia. Edad: 35-65 años. | -Examinar los efectos de una musicoterapia de grupo sobre los síntomas psiquiátricos y la depresión para pacientes con esquizofrenia en una residencia psiquiátrica. | -Sesiones: 10. -Periodicidad: 2 veces por semana. -Duración: 1 hora. -Terapeutas: 1. | Medida primaria: -Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. Medida secundaria: -Escala de depresión para la esquizofrenia (the depression scale for schizophrenia, CDSS). Medida inicio, post test y 3 meses después. | -Tras las 10 sesiones, los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas psiquiátricos y en el estado de depresión. -Los resultados muestran que las puntuaciones de PANSS y CDSS mejoraron significativamente de las evaluaciones de referencia a las post test entre los dos grupos. Sin embargo, esta mejora no se mantuvo durante 3 meses en el grupo de intervención. |
| Mohammadi, A. Z., Minhas, L. S., Haidari, M. y Panah, F. M. | 2012 | N=96 GE1 (MT activa): 35 GE2(MT pasiva): 27 GC: 34 | -Comparar el impacto de la musicoterapia en los síntomas negativos y positivos en pacientes con esquizofrenia. | -Sesiones: (1mes). -Periodicidad: semanal. -Terapeutas: 2 musicoterapeutas . | -Entrevista. -Escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS). -Escala para la evaluación de | -Las terapias de música (activa y pasiva) tienen efectos significativos en los síntomas negativos. Efecto de la musicoterapia en la subescala de síntomas negativos, anhedonia-asocialidad. -En los participantes masculinos se |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|---|
| | Diagnóstico de esquizofrenia. Edad:20-50 años. | | | síntomas positivos (SAPS). Pruebas pre y post. | encontró un efecto principal significativo sobre los síntomas negativos. En la muestra femenina, un efecto principal sobre los síntomas positivos. -Los efectos de la musicoterapia son relativamente más fuertes en las participantes femeninas. -La musicoterapia pasiva era más efectiva que la musicoterapia activa en mujeres. |
| Murow, E. y Sánchez, J. J. 2003 | N=15 Diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica. | -Examinar el empleo de la musicoterapia en la percepción de bienestar. -Describir cómo evoluciona la percepción del empleo y de la utilidad de la experiencia musical como recurso terapéutico y su relación con los cambios en los síntomas negativos | -Sesiones: 40 -Periodicidad: 2 veces por semana -Duración: 1 hora -Terapeutas: 1 | -Autorregistro de bienestar relleno por los pacientes pre y post sesión. -Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. | -Mejoría en sensación de bienestar a lo largo del tratamiento, con diferencias significativas entre cómo se sentían al inicio y al final del tratamiento. -Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre su participación al inicio y al final del tratamiento. -No diferencias significativas en las puntuaciones del PANSS antes y después del tratamiento. Se da una tendencia y cercanía a la significancia en la escala de síntomas negativos. -Correlación estadísticamente significativa entre la sensación de bienestar y la reducción en los síntomas negativos, entre |

la sensación de bienestar y la psicopatología general.

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| Peng, S. M., 2010 Koo, M. y Kuo J. C. | N=67 -GE: 32 (6 abandonos) -GC: 35 (2 abandono por alta) Diagnóstico de esquizofrenia. Edad: 22-50 años. | -Investigar el efecto de la actividad musical en grupo como terapia adyuvante en los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia aguda. | -Sesiones: 10. -Periodicidad: cinco veces por semana. -Duración: 50 minutos. -Grupos de 4 o 5 pacientes. | Gravedad síntomas psicóticos: -Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Versión china). Evaluación sexto día después de la admisión y después de 2 semanas. | -Reducción significativa de las puntuaciones totales y subescalas de la BPRS. -La puntuación BPRS total media del GE fue significativamente menor que la del GC. -La subescala de afecto promedio, de síntomas positivos, de síntomas negativos y la subescala de resistencia del GE fueron significativamente inferiores a las del GC. -Los ítems individuales de BPRS, cinco ítems que incluyen ansiedad, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, falta de cooperación y embotamiento afectivo se redujeron significativamente en el GE en comparación con los del GC. |
| Sabbatella, P. 2007 L. | -Grupo A: 10 participantes (5 hombres, 5 mujeres) -Grupo B: 5 participantes hombres | -Objetivo: presentar los resultados de 5 distintos proyectos de Musicoterapia Grupal llevados a cabo con pacientes | -Sesiones Grupo A: 17. - Sesiones Grupo B: 8. -Periodicidad: semanal. -Duración: 40-60 | -Análisis observacional. | -Aumento en la participación en las sesiones. -Mayor flexibilidad y creatividad con un aumento de las capacidades expresivas. -Incremento de la sincronización movimiento-ritmo y mayor |

| | | | |
|-------------------------------------|--|----------|--|
| Pacientes esquizofrénicos crónicos. | esquizofrénicos crónicos para conocer las implicaciones de este tipo de tratamiento en enfermos mentales crónicos. | minutos. | flexibilidad y creatividad en el uso de los instrumentos. -Desarrollan la capacidad de incluir sonidos corporales, onomatopeyas y sonidos ambientales en la producción musical. -Mejor conciencia y dominio del cuerpo en el espacio; mayor movilidad corporal y coordinación de sonido-movimiento y mayor independencia gestual y expresiva. -Mayor expresión individual y grupal y mejora de los síntomas negativos de la enfermedad. -Mejorar de la capacidad de atención al sonido y de escuchar, la concentración y la participación. Se incrementa la imaginación y la creatividad hacia el sonido y el movimiento. -Aumento de la interacción entre pares, dentro y fuera de la sesión, se observa mayor cohesión grupal y colaboración. |
|-------------------------------------|--|----------|--|



| | | | | | | |
|-----------------------------|------|-----|---|--|---|--|
| Salvador, M. y Martínez, D. | 2013 | N=5 | -Mejorar el sentido de identidad. -Fomentar la cohesión grupal. -Disminuir sintomatología negativa. | -Sesiones: 45. -Periodicidad: semanales. -Duración: 50 minutos. -Terapeutas: 1. | -Registro en todas las sesiones. -Observación del equipo multidisciplinar. | Cambios: -Sensorio-motor: mayor movilidad y coordinación corporal. -Cognitiva: mejora de la atención e incremento de la creatividad. -Emocional: mayor expresión individual y grupal. |
|-----------------------------|------|-----|---|--|---|--|

-Esquizofrenia
paranoide: 3
-Esquizofrenia
residual: 2

-Social: incremento de la cohesión
grupal y del sentido de
pertenencia.

-Satisfacción con la actividad
musical, creando predisposición
positiva hacia otras
actividades lúdico-creativas (teatro,
aprendizaje musical..).

-Incremento en todos los
participantes el vínculo terapéutico.

-Generalización irregular de los
cambios producidos, siendo muy
alta en 3 de los participantes e
inferior en los otros 2.

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|---|
| Talwar, N. et al. 2006 | N= 81 -GE: 33 -GC: 48 Diagnóstico de esquizofrenia o psicosis similares. Edad: 18-64 años. | -Examinar la viabilidad de un ensayo aleatorio de musicoterapia para pacientes con esquizofrenia y explorar sus efectos sobre la salud mental. | -Sesiones: 12 máximo. -Periodicidad: semanales. -Duración: 45 minutos. -Terapeutas: 5. | Medida primaria: -PANSS (puntuación total). Medida secundaria: -PANSS (subescalas). - Global Assessment of Functioning Scale. -Client Satisfaction Questionnaire. | - Cambio en las puntuaciones totales de PANSS en el GE significativamente mayores que GC. - Las diferencias moderadas en los resultados secundarios no alcanzaron significación estadística. |
| Antes y después del tratamiento. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>Ulrich, G., 2007 Houtmans, T., y Gold, C.</p> | <p>N = 37 -GE: 21 -GC: 16</p> <p>27 Pacientes diagnostico esquizofrenia. 4 pacientes diagnostico psicosis. -1 trastorno esquizotípico. -3 psicosis un inducida por fármacos. -2 depresión con síntomas psicóticos. Edades: 22- 56 años</p> | <p>-Examinar la eficacia de la musicoterapia en el aumento del contacto interpersonal, la reducción de los síntomas negativos y la mejora de la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos de atención aguda en un contexto europeo.</p> | <p>-Sesiones: promedio 7.5 sesiones. -Periodicidad: promedio 1.6 semanales. -Duración: 45 minutos. - Estudio: 8 meses.</p> | <p>-Relaciones interpersonales: 7.5 subescalas 1, 5 y 6 del Gießentest (autoevaluación de pacientes Gießentest (GTS) y evaluación de enfermeras como observadores Gießentest (GTFm). -Síntomas negativos: Versión alemana de la "Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos". - Calidad de Vida: Scales for mental health (SPG).</p> <p>Medidas pre y post pruebas.</p> | <p>- Las diferencias entre grupos para la mejora del contacto interpersonal fue significativa para la autoevaluación de los pacientes, pero no para la evaluación por observación de las enfermeras. - No diferencias significativas entre los GE y GC en cuanto a disminución de sintomatología negativa. Los resultados mostraron una tendencia, lo que sugiere que la disminución de los síntomas negativos fue mayor para el grupo experimental. -En cuanto a la disminución de síntomas negativos de pre a post- prueba en el GE más que en el control se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para todas las escalas, excepto apatía. - No se encontraron diferencias en la calidad de vida.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

Bozkurt et al. (2014) realizaron el primer ensayo de terapia musical de grupo con tonos de música clásica-turca en pacientes con exacerbación aguda de la esquizofrenia.. Los 85 pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo control u experimental, en cual se sometió a sesiones de musicoterapia activa de grupo durante doce sesiones repartidas en cuatro semanas. Los pacientes se fueron haciendo más activos durante las sesiones de terapia, mostrando una reducción significativa de la gravedad de los síntomas y mejoras en su capacidad de adaptación al entorno social. Además, las puntuaciones de la escala de impresión de gravedad de la enfermedad fueron significativamente menores y las de la escala de satisfacción relacionada con la salud fueron significativamente mayores que las del grupo control.

En la misma línea, centrándose en la gravedad de los síntomas psicóticos, Peng et al. (2010), realizaron un estudio en el que 67 pacientes en un servicio psiquiátrico agudo de un hospital regional en el sur de Taiwán fueron divididos en grupo experimental y control. El grupo experimental participó en 10 sesiones de actividad musical en grupo que incluyó tanto la participación activa en el canto de canciones populares como la escucha pasiva de la música. Encontraron, al igual que Bozkurt et al. (2014) que la actividad musical en grupo podría reducir significativamente las puntuaciones de síntomas positivos y negativos. Además, cinco ítems individuales que incluyen ansiedad, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, falta de cooperación y embotamiento afectivo se redujeron de forma significativa.

Ese mismo año, De Sousa y De Sousa (2010) realizaron un estudio en un hospital privado de Mumbai para examinar el papel de la musicoterapia en la mejora de la sintomatología en la esquizofrenia crónica. Utilizaron una muestra de 272 pacientes, los cuales dividieron en grupo experimental y control. El grupo de estudio, participó en sesiones diarias durante un mes, donde realizaban escucha pasiva de música clásica india. Al finalizar el mes, las puntuaciones en las subescalas de energía, activación y depresión de la PANSS mostraron diferencias significativas respecto al grupo control, al igual que las puntuaciones en las escalas de síntomas positivos y negativos.

Posteriormente, Lu et al. (2013) quisieron examinar los efectos de la musicoterapia de grupo sobre los síntomas psiquiátricos y la depresión para pacientes con esquizofrenia en una residencia psiquiátrica de un hospital de Hualien, situado al este de Taiwán. Ochenta pacientes con esquizofrenia fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención musical (MIG) o grupo de atención habitual (UCG). Ambos grupos recibieron atención médica y rutinaria similar pero el MIG recibió una terapia de grupo de 60 minutos

dos veces por semana, un total de diez sesiones musicales activas y pasivas. Después de 5 semanas de intervención, entre los dos grupos se mostraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas psiquiátricos y en el estado de depresión. Sin embargo, esta mejora no se mantuvo durante 3 meses en el grupo de intervención. Sin embargo, el cambio en las puntuaciones de los síntomas psiquiátricos para el grupo MIG fue significativo, mejorando las puntuaciones significativamente desde el inicio hasta las evaluaciones de seguimiento.

Por lo tanto, los hallazgos de Lu et al.(2013) en cuanto a la mejora significativa de los síntomas psiquiátricos, concuerdan con los estudios de Bozkurt et al. (2014), De Sousa y De Sousa (2010) y Peng et al. (2010). Sin embargo, Lu et al. (2013) aporta que las mejoras producidas en la sintomatología de los pacientes comparadas con el grupo control, no se mantienen a los 3 meses de finalizar las sesiones de musicoterapia.

En la misma línea, Mohhamadi et al. (2012) encontraron que la musicoterapia tanto activa como pasiva tiene efectos significativos en los síntomas negativos en comparación con los positivos, teniendo efecto principal en la subescala anhedonia-asocialidad. Estos hallazgos son consistentes con los de Talwar et al. (2006), quienes concluyeron que la musicoterapia no es un tratamiento eficaz para reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia. Mohhamadi et al. (2012), además hallaron efectos más profundos en la terapia musical activa y pasiva en las participantes femeninas, siendo la musicoterapia pasiva más efectiva. En cuanto a los diferentes tipos de esquizofrenia, con los participantes con esquizofrenia paranoide no se mostraron efectos significativos, lo que puede explicarse por el rechazo a este tipo de actividades. Sin embargo, en el caso del tipo residual de esquizofrenia, se obtuvieron resultados significativos sobre los síntomas positivos y negativos. En este estudio, 96 pacientes con esquizofrenia del hospital psiquiátrico de Teherán fueron asignados aleatoriamente a un grupo control o dos grupos experimentales (uno recibió musicoterapia activa y el otro pasiva). Utilizaron música tradicional iraní y realizaron terapia musical en grupo durante un mes, efectuando sesiones semanales.

Talwar et. al (2006) examinaron la viabilidad de un ensayo aleatorio de musicoterapia para pacientes con esquizofrenia y exploraron sus efectos sobre la salud mental en pacientes de uno de los hospitales de Londres. 81 pacientes fueron asignados al azar entre grupo experimental y control y se compararon hasta 12 semanas de atención estándar de terapia musical individual activa con la atención estándar únicamente, teniendo sesiones semanales de 45 minutos de duración. Los resultados mostraron reducciones a corto plazo en los síntomas generales y negativos de la esquizofrenia, encontrando poca diferencia en

otros resultados secundarios medidos en el ensayo como la satisfacción con el cuidado y el funcionamiento global. La mayoría de los participantes abandonaron la unidad de pacientes hospitalizados antes del final de la terapia. Como resultado de esto, un tercio de los asignados al azar a musicoterapia tuvieron menos de cuatro sesiones, lo que puede dar lugar a estos resultados.

De forma contraria a los hallazgos de Lu et al.(2013), Bozkurt et al. (2014), De Sousa y De Sousa (2010) y Peng et al. (2010) en cuanto a una mejora de la sintomatología de los pacientes, Mohhamadi et.al (2012) y Talwar et. al (2006) no consiguieron en sus estudios una reducción de los síntomas positivos. El número de sujetos utilizados es similar en todos los estudios, sobresaliendo el de De Sousa y De Sousa (2010). La única diferencia que cabe destacar es que Talwar et. al (2006) realizaron sesiones individuales de musicoterapia y un tercio de la muestra mostró poca participación en las sesiones de musicoterapia, pudiendo perjudicar en los resultados.

Por otro lado, Murow y Sánchez (2003), Ulrich et al. (2007) y Salvador y Martínez (2013), se centraron, entre otros, en la relación entre la musicoterapia y los síntomas negativos.

Murow y Sánchez (2003), realizaron su estudio con 15 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en fase crónica, los cuales formaban parte de una muestra mayor (N= 42) de pacientes con esquizofrenia asignados aleatoriamente a tres tipos de tratamientos psicosociales, de los cuales uno fue la musicoterapia. Este grupo formaba parte del Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en la Ciudad de México. Los participantes, asistieron en grupo a 40 sesiones de musicoterapia activa, dos veces por semana con duración de una hora, con una duración total de 6 meses. Los resultados muestran una mejoría en sensación de bienestar a lo largo del tratamiento, siendo esta significativa a partir del tercer mes. No es posible establecer una causalidad directa entre la disminución de síntomas negativos y la sensación de bienestar, sin embargo, permiten afirmar, que la musicoterapia ayuda a disminuir los síntomas negativos. Además, los resultados encontrados podrían indicar que el trabajo con la música permite un empleo más dirigido al desarrollo de habilidades sociales y a encontrar una forma de resolver algunas dificultades, sobre todo en el área interpersonal.

En el mismo sentido, Ulrich et al. (2007) utilizaron un ensayo controlado aleatorizado en un diseño de pretest-post-test , donde treinta y siete pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental y un grupo control. Durante 5 semanas, en un

hospital psiquiátrico de Alemania, realizaron sesiones grupales de terapia musical activa, teniendo como media de participación 1,6 sesiones semanales. Hallaron que la actividad musical parece disminuir los síntomas negativos y mejora el contacto interpersonal. En cuanto a la calidad de vida, no se encontraron diferencias. En la disminución de sintomatología negativa, no se obtuvieron diferencias significativas al comparar grupo experimental y control, sin embargo se observó una tendencia a la disminución de estos, lo que podría deberse a que la mayoría de los pacientes del grupo de control participaron en otra actividad durante el tiempo en que el grupo experimental fue sometido a musicoterapia. Estos resultados podrían relacionarse con la pequeña cantidad de sesiones en las que participan los pacientes.

Los resultados de Murow y Sánchez (2003) y Ulrich et al. (2007) en cuanto a la reducción de sintomatología negativa concuerdan con los obtenidos por Bozkurt et al. (2014), De Sousa y De Sousa (2010), Lu et al. (2013), Peng et al. (2010), Mohhamadi et al. (2012) y Talwar et al. (2006). Además, añaden una mejora en las relaciones interpersonales, al igual que Bozkurt et al. (2014).

Salvador y Martínez (2013) realizaron 45 sesiones semanales de 50 minutos de terapia musical con técnicas mixtas (activas y pasivas) con un grupo de 5 pacientes del Centro de Rehabilitación y Atención Psicosocial Fundación Rey Ardid de Zaragoza. Observaron cambios en las áreas: sensorio-motor (mayor movilidad y coordinación corporal); cognitiva (mejora de la atención e incremento de la creatividad); emocional (mayor expresión individual y grupal), y social (incremento de la cohesión grupal y del sentido de la pertenencia). La generalización de los cambios fue irregular, siendo alta en 3 de los participantes e inferior en los otros 2. Sin embargo, en todos se incrementó el vínculo terapéutico y expresaron satisfacción con el grupo.

Sabatella (2007) realizó una propuesta de intervención, la cual puso en práctica en dos proyectos de musicoterapia grupal llevados a cabo con pacientes esquizofrénicos crónicos en la Provincia de Cádiz. El primer grupo (Grupo A) se compuso de 10 participantes y 17 sesiones y el segundo (Grupo B) participaron 5 sujetos en 8 sesiones. La intervención fue la misma para ambos grupos, con una duración de las sesiones entre 40 y 60 minutos. Se encontraron cambios significativos en la dinámica relacional grupal y en la respuesta participativa individual. La participación se fue incrementando, desarrollándose la capacidad de escuchar las producciones musicales del resto de compañeros y mejorando la capacidad de intervenir musicalmente en los momentos apropiados. En cuanto a la voz, se observó mayor flexibilidad y creatividad con un aumento de las capacidades expresivas. En

lo referente a la utilización de instrumentos, se incrementó la sincronización movimiento-ritmo, habiendo más creatividad en el uso de instrumentos. Además, fue incrementándose la expresión de la identidad musical en la interpretación musical y aparecieron mejoras en las áreas sensorio-motor, emocional, cognitiva y social. En cuanto al área emocional, se observó una mejora de los síntomas negativos de la enfermedad. En los proyectos realizados se observaron cambios comportamentales inmediatos en ambos grupos. En el grupo A los cambios comenzaron a partir de la sesión 6 y en el B a partir de la sesión 4, por lo que puede deberse al menor número de participantes, considerándose un aspecto negativo el elevado número de participantes del Grupo A.

Por otro lado, Kwon et al. (2013) encontraron que la musicoterapia de grupo fue una intervención eficaz para mejorar la relajación emocional, habilidades de procesamiento cognitivo junto con cambios de comportamiento positivos en pacientes con esquizofrenia crónica. Las ondas alfa medidas en ocho sitios diferentes estuvieron consistentemente presentes para el grupo experimental más que para el control, lo que revela que los participantes en la musicoterapia pueden haber experimentado más emociones alegres durante las sesiones. El grupo experimental también mostró una mejora parcial en el funcionamiento cognitivo como la concentración y la función del lenguaje, un comportamiento positivo (competencia social, interés social y pulcritud) y los comportamientos negativos fueron significativamente menores que los del grupo de control. En este estudio, dividieron a 55 sujetos de un hospital psiquiátrico en grupo experimental y control, no realizándolo de forma aleatoria. El grupo experimental participó en musicoterapia de grupo dos veces por semana durante 7 semanas mientras continuaba su tratamiento estándar.

Tanto Sabatella (2007) como Salvador y Martínez (2013) obtuvieron cambios en las áreas sensorio-motor, cognitiva, emocional y social. Ambos indican un aumento de la coordinación en los movimientos, expresión y atención en las composiciones de compañeros. Kwon, Gang y Oh (2013) también encontraron una mejora en el procesamiento cognitivo y en las relaciones sociales, a pesar que el tipo de evaluación de los resultados es diferente al resto.

Conclusiones/Discusión

El objetivo del presente trabajo consistió en una revisión sobre las publicaciones científicas para determinar la efectividad de la musicoterapia como terapia coadyuvante en personas que padecen esquizofrenia, con el fin de obtener evidencias que permitan

intervenciones con este tipo de terapia. Las investigaciones encontradas al respecto muestran que los pacientes que realizan sesiones de musicoterapia presentan una reducción de la sintomatología además de cambios sensorio-motores, cognitivos, emocionales y sociales.

En relación a la reducción de la sintomatología, se han encontrado que realizar sesiones de musicoterapia reduce los síntomas negativos de la esquizofrenia (Bozkurt et al., 2014; De Sousa y De Sousa , 2010; Lu et al., 2013; Mohhamadi et. al, 2012; Murow y Sánchez, 2003; Peng et al. 2010; Sabbatella, 2007; Talwar et. al, 2006; Ulrich et al., 2007). Sin embargo, los resultados que indican la reducción de los síntomas positivos resultan contradictorios, encontrando estudios que muestran resultados significativos (Bozkurt et al., 2014, De Sousa y De Sousa 2010; Lu et al., 2013 y Peng, Koo y Kuo, 2010) y otros en los que no (Mohhamadi et.al, 2012 y Talwar et. al, 2006). Aunque predominan los estudios que indican una reducción de la sintomatología positiva, resulta necesario continuar investigando en esta línea para poder conocer con más evidencia científica la eficacia de la musicoterapia en estos síntomas.

Lu et al. (2013) encontraron una reducción significativa en el estado de depresión, lo que se podría relacionar con una reducción de la sintomatología negativa.

Además de la sintomatología, se han observado cambios en las áreas sensorio-motor, cognitiva, emocional y social (Sabatella, 2007; Salvador y Martínez, 2013). Ambos estudios encontraron más movilidad corporal y coordinación sonido-movimiento, además de un aumento de la creatividad, expresión, atención y cohesión grupal. Bozkurt et al. (2014) relaciona un resultado de alta tasa de asistencia a la terapia musical con una ayuda para fabricar una experiencia grupal cohesiva. En el área cognitiva, Kwon et al. (2013) aportan resultados similares en cuanto a una mejora parcial en el funcionamiento cognitivo, como la concentración y la función del lenguaje. En cuanto a las habilidades sociales, Bozkurt et al. (2014), Kwon, Gang y Oh (2013), Murow y Sánchez (2003), Ulrich et al. (2007) también hallaron una mejora de las relaciones interpersonales.

Por otro lado, Bozkurt et al. (2014) mostraron que la musicoterapia aumenta la satisfacción personal con el cuidado de enfermería. Salvador y Martínez (2013) encontraron un aumento del vínculo terapéutico. Por lo tanto, la musicoterapia puede mejorar la relación entre terapeuta y paciente, pudiendo aumentar la implicación del paciente en su proceso de rehabilitación.

Murow y Sánchez (2003) también encuentran mejoría en sensación de bienestar a lo largo del tratamiento, siendo esta significativa a partir del tercer mes, coincidiendo con unas 20 sesiones de musicoterapia, aproximadamente. Esto podría estar relacionado con la reducción de la sintomatología negativa y con un incremento en la participación.

Por otro lado, este estudio, presenta diferentes limitaciones. Debido a la dificultad de encontrar estudios relacionados con las palabras claves seleccionadas, la búsqueda de artículos ha sido limitada, mostrándose en el número de artículos revisados. Además, los tamaños muestrales varían desde muestras reducidas hasta muestras de tamaño considerable, lo que podría poner en duda la posible generalización de los resultados a la población. También, la mayoría de estudios son realizados en hospitales, por lo que en ocasiones aparecen dificultades para finalizar las sesiones de musicoterapia cuando se obtiene el alta hospitalaria. Además, los efectos a largo plazo no fueron analizados en la mayoría de estudios, lo que sería importante tener en cuenta para futuras investigaciones. Asimismo, sería necesario tener en cuenta los diferentes tipos de esquizofrenia, para poder determinar si este tipo de terapia es igual de efectiva entre los diferentes tipos.

Actualmente, la primera línea de tratamiento para los pacientes que sufren esquizofrenia es la terapia farmacológica. Yang et al. (1998) encontraron que a medio plazo, se produce una mejoría en el estado global con la musicoterapia como complemento al tratamiento estándar frente al tratamiento estándar únicamente. Por lo tanto, con todo lo abordado anteriormente, se concluye que la musicoterapia puede ser una herramienta eficaz en la rehabilitación de la esquizofrenia como complemento de diversos tratamientos farmacológicos y psicosociales, siempre teniendo en cuenta las características de cada persona, sus intereses y motivaciones. Sin embargo, resulta necesario señalar la importancia de continuar investigando sobre los efectos de la musicoterapia en la esquizofrenia y en otras enfermedades mentales, con el objetivo de garantizar la eficacia de este tipo de tratamiento y poder aumentar el uso de esta terapia.

Referencias

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M. & Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86, 194–201.

- Bozkurt, S., Zincir, S., Yenel, A., Kivilcim, Y., Cetin, B., Tulay, C. y Basar, U. (2014). Classical turkish music as group music therapy for inpatients with schizophrenia: Feasibility and efficacy. *International Journal of Advanced Research*, 2, 1063-1072.
- Buckley, P. F. & Stahl, S. M. (2007). Pharmacological treatment of negative symptoms of schizophrenia: Therapeutic opportunity or cul-de-sac?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 93–100.
- Caqueo-Urizar, A. y Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 4, 527-582.
- Cavieres, F. A. y Valdebenito, M. V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43, 97-108.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Revista electrónica: ciencias sociales*, 1, 45-6.
- De Sousa, A. & De Sousa, J. (2010). Music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(1), 13-17.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24, 223-244.
- González, C., Egea, E. N., Ros, O., López, V., Rosique, R. y Martínez, N., (2014, noviembre). Musicoterapia como tratamiento coadyuvante en pacientes con Trastorno Mental Grave. Trabajo presentado al *I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud*, Granada, España.
- Graziani, K. e Inocenti, A. (2014). El significado del tratamiento farmacológico para la persona con esquizofrenia. *RLAE*, 22(4), 670-678.
- Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y., Watanabe, M., Okui, M., Takagi, K., Sugita, K., Horiuchi, K., Sasaki, A. & Koike, I. (2002). Effects of group musical therapy on in-patients with chronic psychoses: A controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 187-193.
- Kwon, M., Gang, M. & Oh, K. (2013). Effect of the group music therapy on brain wave, behavior, and cognitive function among patients with chronic schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 7(4), 168-174.

- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: Una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24, 345-373.
- Lu, S. F., Lo, C. H., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Yu, S. C. & Chang, S. C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682-688.
- Mohammadi, A. Z., Minhas, L. S., Haidari, M. & Panah, F. M. (2012). A study of the effects of music therapy on negative and positive symptoms in schizophrenic patients. *German Journal of Psychiatry*, 15(2), 56–62.
- Montaño, L. M., Nieto, T.Y y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*, 4, 86-107.
- Murow, E. y Sánchez, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26, 47-58.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Esquizofrenia. Recuperado el 26 de marzo de 2017 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Peng, S., Koo, M. & Kuo, J. (2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 429-434.
- Pérez, A. M., López, V. C., López, J. A., Arias, M., Fernández, M. L., Ros, R. y Escutia, M. I (2013). Musicoterapia y enfermería. *Enfermería integral*, 102, 3-6.
- Pérez-Pareja, J. y Terrassa Blázquez, B. (2007). Tratamiento psicológico en un caso de esquizofrenia. En J. Espada Sánchez, J. Olivares (Coord). *Manual de Terapia psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Sabbatella, P. L. (2007, febrero). Música e identidad: musicoterapia grupal en esquizofrenia. Trabajo presentado al 8º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Salvador, M. y Martínez, D. (2013). Grupo de musicoterapia en un centro de día para personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 10, 30-34.
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 405–409.

- Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *The British Journal of Psychiatry*, 165(24), 38-44.
- Urich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362-370.
- Vázquez, M. y Mouriño, Y. (2013). ¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia?. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 10(42), 15.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Roos, R. & Docherty, J. P. (2009). The expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with serious and Persistent Mental Illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 1-48.
- Yang, W. Y., Li, Z., Weng, Y. Z., Zhang, H. Y. & Ma, B. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 8(1), 38-40.

